Rok XL. Kraków, 18 Maja 1901. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O znieczuleniu sposobem Biera.

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky.

Usiłowania chirurgów musiały z natury rzeczy oddawna być skierowane do tego, by przez usunięcie i ukojenie bólu podczas operacyi znieść piętno okrucieństwa, jakie jest związane z wykonawstwem tej gałęzi medycyny. W okresie przed wprowadzeniem uśpienia ogólnego, szybkie wykonanie operacyi działało łagodząco o tyle, o ile skracało znacznie czas trwania bólu. Wprowadzenie narkozy zatem stanowi słusznie przełom historyczny w dziejach chirurgii operacyjnej. Pod tym względem obojętną jest rzeczą, czy stosujemy eter, czy też chloroform; idzie zaś głównie o to, że pominąwszy inne korzyści narkozy chory podczas operacyi nie odczuwa żadnego bólu. Jakkolwiek znajdzie się jeszcze dosyć przypadków takich, w których i dziś jedynie możemy posługiwać się narkozą chloroformową, lub też eterową, to jednak nie małe niebezpieczeństwa, właściwe tym środkom, zwlaszcza zaś ta okoliczność, że niebezpieczeństw tych nigdy prawie przewidzieć nie zdołamy, zmusiły do szukania za mniej niebezpiecznymi, a równie humanitarnymi środkami znieczulającymi. Jak obfity plon w tych usiłowaniach osiągnięto, tego najlepszym dowodem poważne liczby wielkich operacyj, dokonanych w znieczuleniu miejscowem metodą Schleicha, które słusznie uważać należy za sposób najdoskonalszy osiągnięcia miejscowej bezbolesności podczas operacyi. Ale i to znieczulenie infiltracyjne, wraz z kokainizowaniem pni nerwowych według Obersta, nadającem się znakomicie do pewnych miejsc, niezawsze, jak wiadomo, wystarcza. Znacznym krokiem naprzód zdaje się być kokainizowanie rdzenia według metody Corning-Biera. Jeżeli sposób ten nie odrazu zyskał sobie ogólne uznanie w świecie chirurgicznym, to przyczyny można się było domyśleć między innemi i w tem, że wymaga on sam przez się specyalnego, w każdym razie poważnego, a nawet wśród pewnych okoliczności niebezpiecznego zabiegu operacyjnego. Podobny los wszakże dzieliły niemal wszystkie sposoby znieczulania, które musiały sobie dopiero wywalczyć znaczenie. O wartości kokainizacyi rdzenia pacierzowego jeszcze nie tak rychło da się ostatnie słowo wypowiedzieć; rozporządzamy na razie statystykami nielicznych chirurgów, z których jedni na podstawie licznych wybitnych zalet tego sposobu gorąco go zachwalają, inni zaś mniej lub więcej sceptycznie się nań zapatrują; ostatecznego jednak zdania oczekiwać należy dopiero na podstawie wielkiej liczby przypadków i po upływie długich lat oczekiwania. Na razie powinniśmy się starać o bogaty zbiór ścisłych doświadczeń, zwłaszcza w szpitalach i klinikach, ażeby nagromadzić wyczerpujący materyał dla wydania rozstrzygającego orzeczenia o tym, bądź-cobądź nader ciekawym i imponującym sposobie znieczulania i to tembardziej, że sam Bier [1]), wynalazca omawianej metody, ostrzega przed zbyt optymistycznemi w tym kierunku nadziejami.

Wstrzykiwanie kokainy do rdzenia w celu znieczulenia podczas zabiegów operacyjnych podał Bier w r. 1899 [2]). Wprawdzie sposób ten, jako taki, nie był zupełnie nowy, gdyż już w latach 1885 i 1886 Léonard Corning [3]) wstrzykiwał rozczyny kokainy do przestworów podoponowych rdzenia, wprawdzie nie dla znieczulenia w celach chirurgicznych, lecz jako sposób leczenia w pewnych chorobach rdzenia pacierzowego. Myśl jednakże kokainizacyi rdzenia, jako środka znieczulającego wśród operacyi, jest niepodzielną duchową własnością Biera, czemu nie przeszkadza i to, że sam Bier, bardzo właściwie oceniając wartość tego sposobu, tak w swych późniejszych publikacyach, jakoteż i na ostatnim kongresie chirurgów w Berlinie, sceptyczne wobec swego wynalazku zajął stanowisko. Sposób powyższy polega jak wiadomo na tem, że zapomocą cienkiej igły wykonujemy zwykłe nakłócie lędźwiowe według Quinckego, poczem wstrzykuje się do worka podoponowego rozczyn kokainy. Sposób ten stosowany był przez chirurgów i położników tak, że obecnie posiadamy już wcale pokaźne piśmiennictwo, poświęcone tej sprawie. Bardzo dokładnie zwłaszcza zebrał ją Jedlička [4]) w swej monografii z kliniki Maydla. Głosy co do wartości, a zwłaszcza praktycznego znaczenia tej metody są po części bardzo różnorodne, a niekiedy nawet wprost potępiające, czego przyczyną zdają się być rozmaite, niekiedy wprost groźne objawy zatrucia kokainą, jakoteż przypadki śmierci, wydarzające się po tym zabiegu.

O objawach zatrucia dokładnie zdam sprawę poniżej na podstawie własnego doświadczenia; tu tylko wspomnę, że o zejściach śmiertelnych po kokainizacyi rdzenia wspominają Racoviceanu [5]) i Pitesci [6]), Tuffier [7]) i inni.

[1]) Bemerkungen zur Cocainisirung des Rückenmarkes. (»Münch. med. Wochenschrift« 1900, Nr. 36).

[2]) Versuche über Cocainisierung des Rückenmarkes. („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, T. 51).

[3]) Spinal Anaesthesia and local Medication of the Cord. („New York med. Journ.“, 1885).

[4]) O subarachnoidalních injekcích. („Sborník klin.“ T. II. Z. 3).

[5]) Contribution à l'etude de l'anesthésie médullaire par la cocaine. (Congres de med. Paris, 1900).

[6]) Tamże.

[7]) Soc. de biolog. 1899.

Niezawsze da się dokładnie wykazać, czy przyczyną śmierci w tych przypadkach było zatrucie kokainą, czy też ropne zapalenie opon. W przypadku Tuffiera nastąpiła śmierć chorego, dotkniętego wadą zastawkową serca, wśród objawów ostrej zamartwicy (asfiksyi). Z pośród przypadków, przez Jedlickę opisanych, zasługuje na uwagę jeden (Nr. 13), w którym śmierć chorej nastąpiła wprawdzie zupełnie niezależnie od wstrzyknięcia lędźwiowego, 10 godzin po operacyi (laparotomia z powodu niedrożności przewodu pokarmowego); sekcya wykazała nastrzykanie naczyń oponowych w odcinku lędźwiowym — okoliczność, świadczącą o niezwykłem podrażnieniu opon. O przykrych przypadłościach po wstrzyknięciu wspominają między innymi Legueu i Kendirdjy [1]), a mianowicie o porażeniu dolnych kończyn, trwającem trzy dni, jakoteż przemijającej niemożności utrzymania moczu.

Z powodu różnych wad, właściwych kokainie, stosują niektórzy zamiast niej eukainę β, chlorek eukainy α, tropakokainę, którcto przetwory nie zdają się być również całkiem bezpieczne, gdyż zwłaszcza po zastósowaniu eukainy mają się przydarzać częściej osłabienia i porażenia kończyn dolnych, aniżeli po wstrzyknięciu kokainy. Zarzucają głównie kokainie, że niepodobna jej dokładnie wyjałowić bez wywołania zmiany składu.

Niektórzy n. p. Tuffier, wyjaławiają kokainę w sposób bardzo żmudny: 2-procentowy rozczyn kokainy ogrzewa się w łaźni wodnej przez kwadrans do 80° C., potem ochładza go się przez trzy godziny do 38°—36°, następnie powtórnie ogrzewa się do 80°, wreszcie znowu ostudza do 38°. Tylko takie postępowanie, 5 lub 6 razy powtórzone, ma na pewne wyjałowić rozczyn bez zmiany jego składu.

Na moim oddziele wykonałem znieczulenie drogą rdzenia 138 razy; z tego, — jak tu zaraz dodaję, — 103 razy z zupełnym skutkiem, 4 razy musiano z powodu przedwczesnego ustąpienia bezbolesności kończyć operacyę w uśpieniu chloroformowem, wreszcie 31 razy nie było wcale skutku; z tego wprawdzie 8 razy wskutek sprawdzonego błędu technicznego w wykonaniu wstrzyknięcia. Pierwszych 42 wstrzyknięć wykonałem sam osobiście, następne naprzemian z mymi lekarzami pomocniczymi. W 111 przypadkach stósowałem chlorek kokainy Mercka, a tylko 15 razy eukainę β, 12 razy chlorek eukainy α, tak gorąco głównie przez klinikę Maydla polecane. Do prawie wyłącznego stósowania czystej kokainy przedewszystkiem skłoniła mnie względnie największa pewność skutku. Przy użyciu świeżo sporządzonych rozczynów we wszystkich przypadkach, gdzie wogóle można było osiągnąć bezbolesność drogą rdzenia pacierzowego, wystarczyły w zupełności maksymalne dawki 0,015 (15 miligramów w 1%-owym rozczynie), podczas gdy do uzyskania podobnego wyniku z eukainą β, musieliśmy używać dawek od 0,05 do 0,06. Wprawdzie ogólnie podnoszą znacznie mniejszą własność trującą tego przetworu, co jednakże według mego zdania żadną miarą nie da się zawsze napewno obliczyć, przeciwnie zaś, tak znaczna ilość niezawsze stałego alkaloidu może wśród pewnych okoliczności stać się nawet niebezpieczną. Również i próby z chlorkiem eukainy co do pewności wyniku wcale mnie nie zadowolniły. Używając kokainy musiałem wprawdzie używać rozczynów niezupełnie wyjałowionych, działo się to jednakże bez najmniejszej szkody dla chorych. Przygotowanie rozczynu odbywa się na moim oddziale w ten sposób, że proszek kokainy w ilości 0,20 grm., wzięty z naczynia wyjałowionego i odważony na wyjałowionej wadze bezpośrednio przed operacyą, wsypuje się natychmiast do flaszki, zawierającej 20 gramów wody jałowej. Niemal w jednej chwili proszek się rozpuszcza i mamy rozczyn gotowy do użycia. Jak już wspomniałem przyrządza się rozczyn każdego dnia rano bezpośrednio przed rozpoczęciem operacyj. Z rozczynami, sporządzonymi przed 24 godzinami, nie mieliśmy prawie nigdy dodatniego wyniku. Jak to wyżej podałem, używamy prawie wyłącznie 1%-owych rozczynów; o tych niewielu przypadkach, w których używaliśmy rozczynów słabszych, wspomnę nieco niżej osobno.

Zanim przejdę do podania osiągniętych wyników, chciałbym w krótkości wspomnieć o technice wstrzykiwania. Jako miejsce wstrzyknięcia obieram dowolny przestwór między wyrostkami kolczystymi kręgów lędźwiowych, zazwyczaj staram się wyszukać możliwie największy. Kilka razy wstrzykiwałem także między 11 a 12 kręgiem piersiowym, lub też między 12 piersiowym, a 1 lędźwiowym. W każdym razie wybór miejsca do wstrzyknięcia jest zupełnie obojętny. Wkłówanie uskutecznia się z reguły w pozycyi chorego siedzącej z pochyloną naprzód głową i wygiętym grzbietem. W ten sposób najłatwiej dochodzi się do worka oponowego. Wprawdzie często chorzy przy przekłóciu skóry igłą, usuwając się, wyginają grzbiet ku przodowi; prosta perswazya zazwyczaj jednak wystarcza, by zajęli pierwotną pozycyę. Pomijając nader rzadkie wyjątki, wchodzi igła z łatwością do kanału rdzeniowego, a wypływanie wodojasnej cieczy dowodzi udania się zabiegu operacyjnego. Często wydarza się, że ciecz jest zmięszana z krwią, co dowodzi zboczenia igły od linii środkowej ciała. Kilka razy nie udało się zupełnie wprowadzić igły do kanału rdzeniowego, i to nawet przy próbach w innem miejscu. Skrzywienia boczne, jakoteż przebyte cierpienia zapalne kręgów były zazwyczaj tego przyczyną. W niektórych razach wykonywano nakłócie w położeniu leżącem, również z naprzód pochyloną głową i nogami przyciągniętemi do brzucha. W tem położeniu technika wstrzyknięcia jest wogóle nieco trudniejsza. Tu również zaraz dodam, że przy wstrzyknięciu, wykonanem w ten sposób, bezbolesność dotyczyła głównie jednej połowy ciała, i to wyżej położonej, lub też w razie znieczulenia obustronnego występowała ona na tejże stronie wybitniej. Wkłócie uskutecznia się zapomocą wydrążonej igły, 2 mlmtr. grubej i 6 do 8 ctm. długiej (zależnie od grubości części miękich, pokrywających grzbiet). Przy wprowadzeniu igły należy baczyć na zewnętrzny otwór nasady, ażeby z chwilą wydobywania się pierwszych kropel cieczy zaprzestać dalszego posuwania igły. Ilość wypływającej cieczy, jak również szybkość tego wypływania, nie są jednakowe. Niektórzy kładą nacisk na to, ażeby w celu zapobieżenia zbyt silnemu ciśnieniu wewnątrzoponowemu wypuszczać zawsze tyle płynu mózgowo-rdzeniowego, ile zamierzamy wstrzyknąć rozczynu kokainy. Wyniki nasze nie przemawiają wcale na korzyść tego przypuszczenia. Owszem przeciwnie mogliśmy niemal zawsze stwierdzić, że obfity wypływ cieczy niekorzystnie oddziaływał na chorych. Po-

[1]) De l'anesthésie par l'injection lombaire intrarachidienne de cocaine et d'eucaine. („Presse méd." 1900.

dobne zresztą stanowisko zdaje się zajmuje Schiassi[1]), który przypisuje ciężkie następstwa znieczulenia kokainą przedewszystkiem utracie płynu mózgowo-rdzeniowego. Gdy tylko pierwsze krople cieczy stają się widoczne w nasadzie igły, zakłada się natychmiast na nią strzykawkę, napełnioną już roztworem kokainy i ten powoli się wstrzykuje. Po wyjęciu igły zakłada się na małą ranę opatrunek przylepcowy. Używamy przeważnie 1%-owego roztworu i wstrzykujemy dorosłym dla dłużej trwających operacyj 0,015 kokainy. Kilkakrotnie próbowaliśmy 1/4 %-owego kokainy, i to stósowaliśmy go w ilości 6 sz. ctm. W tych przypadkach szło nam o próby zwiększenia bezbolesnego obszaru, sięgającego przy zwykłym sposobie wstrzykiwania z reguły tylko do pępka, lub co najwyżej do brodawek sutkowych, a głównie o próby znieczulenia szyi i kończyn górnych. Już Jacob[2]) zresztą usiłował zapomocą większego rozcieńczenia kokainy działać na szerszą przestrzeń rdzenia. Przez podniesienie miednicy według Trendelenburga postanowiłem ułatwić sobie sprawę. W niektórych takich przypadkach chwilowy wynik okazał się pomyślnym, bezbolesność bowiem przeniosła się także i na ramiona; późniejsze jednakże objawy zatrucia, prawdopodobnie będące następstwem bezpośredniego i szybkiego działania prawie całej dawki kokainy na korę mózgową, były wprost zastraszające. Najgroźniej przedstawiał się obraz u chorej, 28 lat liczącej, cierpiącej na gruźlicę stawu łokciowego. Już w 2 minuty po wstrzyknięciu wystąpiły silne wymioty, następnie prawie 24 godzin trwająca nieprzytomność, napady szału, drgawki, tętno nitkowate, przerywane. Szczęściem stan ten zmienił się następnego dnia na korzyść chorej, która jednakże długo jeszcze potem musiała znosić przykre następstwa zatrucia.

Niektórzy starają się usunąć ból, powstały przez pierwsze wkłócie, zapomocą znieczulenia infiltracyjnego skóry. Co do mnie dotychczas tego nie próbowałem głównie dlatego, ponieważ ból, powstały przez ukłócie skóry, tylko nader wyjątkowo jest silniejszego nasilenia; przez infiltracyę zaś metodą Schleicha zwiększa się odległość powierzchni skóry od kanału rdzeniowego, co znów wymaga użycia dłuższej igły. Manipulacya zaś zbyt długą igłą nie jest mojem zdaniem pożądaną, owszem utrudnia ona i to w znacznej mierze całe zadanie. (Dokończenie nastąpi).

II. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Ciąg dalszy).

Obliczając ile azotu zawartego w mleku przypada na ciała białkowate, a ile na azot istot wyciągowych, stwierdził Munk, że w mleku krowiem przeciętnie 6% całego azotu przypada na składniki wyciągowe; z całej ilości azotu można obliczyć azot białka, jeżeli pomnożymy cały azot, zawarty w 100 częściach mleka przez 0·94, a otrzymany w ten sposób azot białka, pomnożony przez 6·37, daje zawartość procentową białka w mleku. Pfeiffer sprzeciwia się twierdzeniu Munka, który twierdzi, że mleko oprócz azotu zawiera jeszcze w przesączu pewne istoty wyciągowe. Pfeiffer zaprzecza temu odnośnie do mleka świeżego; nigdy bowiem w przesączu nie mógł wykazać białka, ale całe wykazał w osadzie. Sprzeciwia się również obliczeniu białka przez mnożenie azotu przez liczbę zdaniem jego dowolną. Lepiej jest oznaczać azot, a nie obliczać na białko, gdyż ilość białka u tego samego osobnika w pewnych okolicznościach się zmienia. Ze stanowiska fizyologicznego i patologicznego różnicę między karmieniem naturalnem a sztucznem omawiali obszerniej na Zjeździe w Moskwie Escherich i Schlossmann. Pierwszy mianowicie wskazał, że u osesków sztucznie karmionych następuje przeładowanie, a szkodliwe jego następstwa odnoszono do gromadzenia się trudno strawnego sernika. Tymczasem Escherich już dawniej zwrócił uwagę, że nadmierne wprowadzenie wody nie jest obojętnem dla chemizmu trawienia i dla przemiany materyi, a Pfaundler wykazał, że nadmierne podawanie wody powoduje zaburzenia mechaniczne, a mianowicie zaburzenia w funkcyi motorycznej, powodujące zaleganie pokarmu w żołądku, skłonność do powstawania nieprawidłowej fermentacyi w jelitach i następową niestrawność (dyspepsyę). To zaś, że niektóre dzieci są odporne, mimo że dostają mleko niewyjałowione, odnieść należy do prawidłowej czynności ruchowej żołądka i do zdolności niszczenia bakteryj w jelitach. Według Boasa kwas solny łączy się z solami i sernikiem mleka krowiego i nie może działać antyzymotycznie; niebezpieczeństwo to grozi już do pewnego stopnia oseskowi zdrowemu, karmionemu mlekiem krowiem, w znacznie większym stopniu zaś oseskowi dyspeptycznemu, gdyż ten produkuje mniej kwasu solnego, niż zdrowy. Badania Cohna wykazały, że tworzenie się kwasu mlekowego, odbywające się pod wpływem bakteryi, zostaje wstrzymane przez obecność 0,7‰ kwasu solnego, a fermentacya octowa przez 0,5‰ kwasu solnego; dowodzi to więc antyzymotycznego działania kwasu solnego. Schnürer wykazał, że treść żołądka osesków zdrowych lub chorych zawiera w 1½ godziny po przyjęciu pokarmu ferment podpuszczkowy skuteczny. Już w pół godziny po przyjęciu pokarmu sernik cały się ścina. To krzepnięcie mleka przy czczym żołądku następuje pod wpływem fermentu podpuszczkowego. Schlossmann widzi głównie różnicę w różnym składzie chemicznym mleka kobiecego i krowiego; mleko kobiece zawiera znacznie mniej składników azotowych i to bezwzględnie, jak i w stosunku do ciał bezazotowych. Zawartość ciał azotowych jest okresowa: od urodzenia stopniowo się zmniejsza. Mleko kobiece zawiera więcej rozpuszczonego białka i nukleiny (ciało azotowe, nie należące do białkowatych), a mniej fosforu, ale więcej organicznie związanego; ważną różnicą jest obecność najważniejszych połączeń siarki i fosforu w stanie rozpuszczonym. Dziecko przy piersi otrzymuje mleko wprost, mleko zwierzęce zaś, będąc zakażone, wymaga w celu zniszczenia zarazków ogrzania do wrzenia, przez co białko się ścina, tłuszcz fizycznie i chemicznie ulega zmianie.

Często przy karmieniu sztucznem spotykamy się z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi. Jakkolwiek objawy te tłómaczono w najrozmaitszy sposób, przytoczę tu publikacye tylko z ostatnich lat, w których, między innymi, Sonnenberger uważa choroby, wywołane mlekiem, jako spowodowane przez bakterye lub przez czynniki chemiczne, zawarte w paszy, powodujące zatrucie ustroju. Przeto należy zapobiedz dostawaniu się do ustroju jadów lub istot, wytwarzających jady. Twierdzenie to popiera Alt obserwacyą zaburzeń w trawieniu, spowodowanych przez grzybki *Phoma trifolii* i *Pseudopeziza trifolii*, osiadłe na koniczynie. Basch i Weleminsky przeprowadzili doświadczenia dla przekonania się, o ile prątki przechodzą lub nie przechodzą z pokarmem do ustroju. Wstrzykiwali oni morskim świnkom

[1]) Un procédé simplifié de cocainisation de la moëlle. (Sém. méd. 1900, Nr. 11).

[2]) Experimentelle und klinische Erfahrungen über Duralinfusion. „Deutsche med. Wochenschrift“ 1900, Nr. 3 i 4).

do krwi *bacillus prodigiosus* (tworzący barwik czerwony) i *bacillus cyanogenes* (tworzący barwik niebieski), a nie zdołali ich wykazać w mleku. Prątki wąglika również do mleka się nie dostawały, a badanie gruczołów sutkowych zwierząt, zakażonych karbunkułem, wykazało w obwodowych partyach gruczołu sutkowego i w tkance okołosutkowej dużo bakteryj, zaś w środku gruczołu tylko nieliczne prątki. Przy wstrzyknięciu do żyły szyjnej 1 ctm³ hodowli bulionowej z *bacillus pyocyaneus* po ośmiu godzinach znajdowano już *pyocyaneus* w mleku. Hodowle bulionowe prątka błonicy, duru i cholery, wstrzyknięte do żył, nie dają się wykazać w mleku. *Bacterium bovis morbificans*, wstrzyknięte do opłucnej, powoduje wynaczynienia i pojawia się w mleku. Autorowie rozróżniają przeto prątki, powodujące wynaczynienia i przechodzące do mleka i prątki nie wywołujące wynaczynień, a tem samem nie przechodzące do mleka, albowiem wydzielanie bakteryj przez mleko zależy od zdolności powodowania wynaczynień w odpowiednim narządzie. Nad zaraźliwością mleka krów gruźliczych pracowali: Lydia Rabinowitsch i Kempner, badając mleko na targach berlińskich, przyczem w 28% przypadków znaleźli prątki gruźlicze. Badając mleko piętnastu krów, które oddziaływały na tuberkulinę, otrzymali w trzy miesiące po tuberkulinizacyi w 66,6% (10 przyp.) wynik dodatni. Przeto wynikiem badań tych jest, że tak przy poczynającej się gruźlicy, bez wyraźnej gruźlicy wymion, jak i przy ukrytej, dającej się wykazać tylko zapomocą szczepień, mleko może zawierać prątki gruźlicze. Bollinger na Zjeździe przeciwgruźliczym (1899) podniósł, że mleko zwierząt gruźliczych posiada własności zakaźne nietylko w gruźlicy wymion i gruźlicy ogólnej, lecz także i w gruźlicy miejscowej. Podług Dornblütha zaraza pyskowa i racicowa przenosi się z mlekiem na człowieka; podczas gdy mleko krów gruźliczych jest szkodliwe i nie należy go używać, to przy utajonej perlicy i dobrym stanie odżywienia krów mleko jest prawie nieszkodliwe. Niebezpieczeństwo jest mniejsze przy mięszaniu mleka z różnych krów, gdyż jest ono bardziej rozcieńczone. Płonica przenosi się przez mleko nie z krów, ale przez osoby, mające do czynienia z mlekiem, a stykające się z chorymi na płonicę. Często wspominano o przenoszeniu się błonicy przez mleko, lecz dowodu na to niema; dur i cholera również przenoszą się przez mleko. Cholera dziecięca (*ch. infantum*) pojawia się tak często, ponieważ nizka kwasota treści żołądkowej przy silnym stopniu alkaliczności mleka nie wystarcza do zniszczenia zarodków, zawartych w mleku. Nie należy pokładać bezwzględnej nadziei w gotowaniu i wyjaławianiu mleka, ale uważać także na badanie stanu zdrowia bydła, podobnie jak przy ocenianiu mięsa. Köppen uważa sprawy gnilne pokarmu w jelitach, jako źródło materyi szkodliwych dla oseska. Badania Michelego udowodniły, że prątków gruźliczych w mleku wykazać nie można, ale mleko zwierząt i kobiet gruźliczych nie nadaje się do karmienia.

Z różnych rodzajów mleka, zalecanego jako pokarm dla sztucznego karmienia osesków, wymienię tylko ważniejsze: mleko kozie, obecnie dosyć rzadko używane, mało się różni składem chemicznym od mleka krów; przy czystem utrzymywaniu zwierząt nie ma ono nieprzyjemnej woni, a co najważniejsza, że można je podawać niegotowane, ponieważ u kóz gruźlica jest bardzo rzadka, chociaż Baron nie uważa mleka koziego za bezwzględnie wolne od gruźlicy. Ma ono smak nieprzyjemny i krzepnie w zbitszych strzępach, niż mleko krów. Schwarz zaleca rozcieńczenie mleka koziego wodą wyjałowioną i ogrzanie do ciepłoty krwi, przez co otrzymywał korzystne wyniki; nadaje się szczególnie dla warstw ubogich.

Szczegółowem badaniem mleka oślic zajmował się Klemm i zauważył, że gruźlicę trudno wszczepić sztucznie oślicom, a nabytej naturalną drogą nie zauważono, podczas gdy u 25—70% krów pojawia się gruźlica. Nosaciznę zauważono u osłów w postaci ostrej, zabijającej w przeciągu 14 dni. Mleko oślic oddziaływa alkalicznie, jak mleko kobiece; pod względem zawartości białka, cukru i soli jest bardziej zbliżone do mleka kobiecego, aniżeli inne rodzaje mleka; zawiera jednak mniej tłuszczu; białka zawiera ono 1.46 (mleko kobiece 1,28, a mleko krów 3,0). Stosunek zawartości białka u oślic i kobiet jest następujący: 1) cała zawartość białka w obydwu rodzajach mleka jest prawie ta sama, jak również stosunek ilościowy zawartości albuminy i sernika; 2) obydwu rodzajom mleka brak własności osadzania paranukleiny przy trawieniu pepsynowem, która to paranukleina czyni mleko krowie trudno strawnem. Sernik mleka oślic składem pierwiastków i zachowaniem się chemiczno-fizyologicznem przy trawieniu naturalnem i sztucznem jest prawie równy sernikowi mleka kobiecego i przewyższa znacznie sernik mleka krowiego. Mleko to można podawać niegotowane, a więc łatwiej strawne, gdyż przy paszy suchej wolne jest od zarazków i wystarcza dla osesków do czwartego miesiąca życia, jako wyłączny pokarm. Osesek w pierwszych trzech miesiącach życia nie wymaga więcej mleka tego, niż kobiecego, nie potrzeba więc podawać dużo płynu. Mleko oślic tworzy mniej kwasu antyzymotycznego od mleka krów, działa więc zapobiegawczo na nieżyty kiszek u osesków, jest więc najlepszym zastępcą mleka kobiecego; niestety jednak mleka tego jest bardzo mało i pokarm ten tem samem bardzo drogi. W całej Saksonii Klemm mógł zaledwo dostać 33 litrów dziennie, a u Parrota dziecko tem mlekiem karmione kosztowało 2225 franków rocznie! (Koszta utrzymywania oślic w porównaniu z mamkami wynoszą w pierwszym miesiącu: dla mamek 100 marek, dla oślic 63 marek; następne miesiące są droższe). Również Seeliger przekonał się drogą analiz, że mleko oślic zawiera prawie tyle białka, cukru i soli, co mleko kobiece, a mniej tłuszczu, a Nicolle wykazał, że podczas gdy śmiertelność przy karmieniu mlekiem krowiem wynosi 83,33%, to przy użyciu mleka oślic spada do 30,23%, zmiejsza się więc o 53,10%. (c. d. n.)

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu prof. Rydygiera we Lwowie.

Dwa przypadki tracheotomii z powodu kiły krtani.

Zestawił

Dr. Teofil Zalewski.

I. Fr. R., lat 48. Rodzice chorego pomarli w późnym wieku. Rodzeństwo jest zupełnie zdrowe. Sam chory w 6 roku życia miał przebyć dur brzuszny, w 7-ym odrę. Przed 10-ciu laty przebył kiłę, na którą się leczył. Chory jest żonatym i ojcem dwojga zdrowych dzieci. Żona nie roniła.

Obecna choroba zaczęła się w maju 1899 r. suchym kaszlem i bólem gardła; kaszel ten i ból minął po miesiącu i chory czuł się zupełnie zdrowym. Dopiero mniej więcej od dwóch tygodni pojawił się znowu kaszel i ból gardła, a prócz tego chory zaczął uczuwać utrudnienie w oddychaniu; duszność stopniowo się wzmagała i szczególnie dawała się choremu uczuć przy chodzeniu lub pracy. 15 listop. 1899 chory przybył do kliniki z ogromną dusznością, sinicą na wargach i kaszlem; duszność była tak znaczna, że chory mówić nawet nie mógł, dlatego bez dokładniejszego badania przystąpiono do tracheotomii. Wykonano tracheotomię dolną.

Badanie 17 listop. 1899, gdy chory przyszedł trochę do siebie, wykazało: struny głosowe tylko w części tylnej cokolwiek przekrwione, pokryte śluzem, zresztą zmian nie okazują. Poniżej strun głosowych widać dwa obrzmienia, idące w kształcie wałów z przodu ku tyłowi równolegle do strun głosowych. Powierzchnia tych wałów jest zupełnie gładka, barwa różowa. Wały te w linii środkowej prawie się stykają, zacieśniając tym sposobem prawie zupełnie światło krtani; z dolną powierzchnią strun głosowych wały te stykają się, lecz ruchomości ich nie ograniczają znacznie. Przy fonacyi więzadła schodzą się w linii środkowej, zakrywając obrzmienia.

Uwzględniając obraz laryngoskopowy, oraz szczegóły wywiadów

rozpoznano kiłę krtani i na tej podstawie zaordynowano jodek potasowy (8:200).

24 listop. Chory wyżył 24 grm. jodku potasowego. Podmiotowo czuje się on zupełnie dobrze. Badanie laryngoskopowe wykazuje, że obrzmienia pod strunami głosowemi znikły prawie zupełnie. Chory po wyjęciu rurki tracheotomijnej wewnętrznej i zatkaniu rurki tracheotomijnej zewnętrznej oddycha swobodnie. Kaszel ustąpił zupełnie. Chorego puszczono do domu, polecając dalej używanie jodku potasowego.

10 grud. Chory przybył do kliniki. Badanie laryngoskopowe wykazuje, że obrzęk w dolnej części krtani ustąpił zupełnie. Rurkę tracheotomijną wewnętrzną wyjęto, zewnętrzną zatkano korkiem. Choremu polecono korek wyjąć, gdyby uczuwał duszność. Dotąd chory wyżył wszystkiego 36 gr. jodku potasowego.

20 grud. Rurkę tracheotomijną wyjęto. Rana zagoiła się w ciągu pięciu dni. Chory oddycha i mówi zupełnie swobodnie.

II. H. K., lat 20. Rodzice chorego pomarli niewiadomo choremu na jaką chorobę. Rodzeństwo zdrowe. Zapytywany specyalnie o kiłę przeczy, by kto z rodziny ją przebywał; on sam miał też jej nie przebywać. Dotąd na nic nie chorował.

Już przeszło rok ma chrypkę, a od 5 miesięcy wystąpiła duszność, która stopniowo wzmaga się. Duszność ta obecnie jest takiego stopnia, że choremu trudno nawet przy spokojnem zachowaniu się swobodnie oddychać.

Chory przybył do kliniki d. 9 lut. 1900 z objawami duszności, chrypką i sinicą nieznaczną na wargach. Badanie krtani wykazało ogólne zaczerwienienie; prócz tego w dolnej części poniżej więzadeł, widać po jednej i drugiej stronie dwa obrzmienia, idące z przodu ku tyłowi, równolegle do strun głosowych. Na powierzchni obrzmienia są gładkie. Obrzmienia te zacieśniają znacznie światło krtani tak, że pozostaje między niemi tylko mała szpara. Więzadła głosowe są ruchome i przy fonacyi zakrywają obrzmienia. Chorego przyjęto do kliniki i podano jodek potasowy (6:200).

11 lut. W nocy wystąpiła znaczna duszność tak, że musiano wykonać tracheotomię. Zrobiono tracheotomię górną. Badanie laryngoskopowe nie wykazuje nic, coby wyjaśnić mogło wystąpienie większej duszności. Chory dalej zażywa jodek potasowy.

2 kwiet. Chory wyżył 60 grm. jodku potasowego, którego roztwór stopniowo wzmacniano, aż do 12:200. Badanie laryngoskopowe wykazuje, iż obrzęk w dolnej części krtani znikł zupełnie. Zauważyć wypada, że zaczął się zmniejszać po wyżyciu 14 grm. Chorego pozostawiono bez lekarstwa, a jednocześnie wyjęto wewnętrzną rurkę tracheotomijną i zatkano korkiem zewnętrzną.

18 kwiet. Chory, wyleczony zupełnie, wyszedł do domu. Rurkę tracheotomijną wyjęto zupełnie d. 12 kwiet.

Po dwóch miesiącach doniósł on, że ma się zupełnie dobrze.

W obydwóch tych przypadkach obraz anatomiczny odpowiada postaci, która znana jest pod nazwą *chorditis vocalis inferior hypertrophica*. Nazwa ta nie określa bynajmniej jakiejś określonej postaci chorobowej, lecz wiążemy z nią pojęcie o zmianach, jakie mamy w obydwóch naszych przypadkach. Nazwa ta nie jest stósowną, czasem nie odpowiada nawet makroskopowemu obrazowi, często bowiem przy tego rodzaju zmianach chorobowych obrzęk nawet do strun głosowych nie dotyka. Zmiany, o których mowa, mogą mieć najrozmaitszą przyczynę; najczęstszą jednak jest bez wątpienia kiła. Dlatego też w każdym przypadku, gdzie nie jesteśmy pewni tła choroby, nie zawadzi podać jodek potasowy, który działa bądź leczniczo, bądź też znaczenia leczniczego nie ma; lecz i wtedy jeszcze ułatwi nam rozpoznanie. Co do jodku potasowego, to musimy zwrócić uwagę, że przy podawaniu jego trzeba zachować pewną ostrożność w przypadkach ze znaczniejszą dusznością, gdyż stan chorego może się pogorszyć pod tym względem, szczególnie jeżeli mamy do czynienia z osobnikiem, wrażliwym na ten lek. Czy w naszym drugim przypadku zwiększenie się duszności, które uczyniło koniecznem wykonanie tracheotomii, powstało wskutek używania jodku potasowego, trudno orzec, tembardziej, że badanie laryngoskopowe nie wykazało nic, coby za tem przemawiało. Możliwem jest, że zwiększenie się duszności miało swą przyczynę w powiększeniu nacieku samego; powiększenie to mogło być małego stopnia, i nie dało się ocenić badaniem laryngoskopowem, a jednak wystarczyło, by wywołać zwiększenie się duszności.

Przypadki przytoczone należą o tyle do rzadszych, że w przebiegu kiły zwykle dopiero w późniejszych okresach występuje znaczniejsza duszność, która ewentualnie wymagać może zabiegu operacyjnego, mianowicie, kiedy z nacieków potworzą się blizny, zwężające krtań; we wcześniejszych okresach znaczniejsza duszność jest rzeczą rzadszą.

Niektórzy autorowie obliczają liczbę tracheotomowanych z powodu duszności we wcześniejszych okresach kiły zaledwie na 0,1%, choć tutaj statystyki rozmaitych autorów będą się różniły, zależnie od kraju, z którego pochodzą. W kraju, gdzie liczba zakażonych kiłą jest znaczna i gdzie ludność mniej odczuwa potrzebę leczenia się, bez wątpienia częściej będą się trafiały przypadki, gdzie trzeba będzie robić tracheotomię w przebiegu kiły. Kiła krtani wcześnie rozpoznana i prawidłowo leczona powodu do tracheotomii chyba nie da.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Psychozy złożone odznaczają się tem, że choroba przebiega w okresach, czyli fazach, niezależnych od siebie. W największej części ostrych psychóz rozróżniamy w ich przebiegu okres wstępny, cechujący się afektem bezradności, który może się spotęgować do lęku lub rozpaczy. Ten okres wstępny w ostrych psychozach był powodem mylnego zapatrywania, że każda psychoza przebiega w okresach, czyli fazach. W chwili przekroczenia szczytu choroby pojawia się przed zupełnem wyleczeniem okres paranoiczny, t. j. okres dezoryentacyi, wywołanej zanikłymi już ostrymi objawami psychozy, lub okres zniedołężnienia. W przebiegu zdrowienia z manii występuje okres krótki zadumy i odwrotnie. Złożone psychozy ruchowe skłoniły Kahlbauma do wytworzenia odrębnej postaci, zwanej przezeń katatonią; obejmuje zaś ona wszystkie te psychozy ostre, w przebiegu których wystąpił obraz psychozy ruchowej. Najczęstszą postacią jest przejście psychozy lękowej w psychozę ruchową, przyczem rozpoznamy zwłaszcza wtedy złożoną psychozę ruchową, jeżeli okres wstępny psychozy lękowej trwał dłużej, przynajmniej kilka miesięcy, poczem pojawiła się, jak to najczęściej się zdarza, akinetyczno-parakinetyczna psychoza ruchowa. Przebieg takiej psychozy zwykle bywa niepomyślny. W cięższych przypadkach przechodzi psychoza lękowa wstępna w psychozę hiper-parakinetyczną. Przejście wstępnej psychozy lękowej w całkowitą psychozę czuciową z fantastycznem urojeniem grożącego niebezpieczeństwa, a potem w psychozę ruchową, cechuje ostrą, postępującą psychozę, o której już była mowa. Zamiast psychozy lękowej może być wstępnym okresem każda inna z opisanych już ostrych psychóz, n. p. *hallucinosis acuta*. Tak samo mania i mania gniewliwa mogą stanowić okres złożonej psychozy, a porażenie postępujące, jeżli przebiega jako psychoza lękowa, tworzy nieraz w ostrym początku swym obraz manii gniewliwej.

Niedowład postępujący *(paralysis progressiva)* przedstawia chorobę mózgu, której objawy odpowiadają zmianom anatomicznym, mianowicie objawy ze strony układu rzutowego i objawy niedołęztwa. Przyrodę etyologiczną tej psychozy stanowi zatrucie metatoksynami syfilitycznemi, które przyspasabiają mózg do tej choroby. Przyczyną zaś nagodną, która ją przy danem usposobieniu kiłowem wywoluje, jest nadmierna praca umysłowa wśród wzruszeń umysłowych i trosk, podjęta ponad możebność i siły. Tem też tłómaczy się większa częstość tej psychozy u mężczyzn, niż u kobiet. Występuje ona najczęściej między 35 a 45 rokiem życia,

względnie między 30 a 50. Choroba kończy się niemal zawsze niepomyślnie, gdyż zaledwie na tysiące przypadków zdarza się jeden, kończący się wyleczeniem. *W.* pojmuje niedowład postępujący, jako zbiór psychóz, wywołanych przez przebytą kiłę. Do tych psychóz poraźnych, swoistych, należy wymieniona już *autopsychosis expansiva* z fantastycznem urojeniem wielkości, która niemal wyłącznie występuje na tle kilowem. Kahlbauma *progressiva divergens* ma prawdopodobnie również tło kilowe, lecz niezawsze. Niedowład postępujący zaczyna się okresem zwiastunowym, któremu towarzyszy zwykle uczucie ciężkiego zachorzenia. Objawami tego okresu są bóle głowy, bezsenność, drażliwość, skargi podmiotowe bez podstaw przedmiotowych na łatwość zapominania się i podupadnięcie zdolności pełnienia obowiązków zawodowych. Często towarzyszą temu okresowi objawy ciężkiej neurastenii. W pewnej części przypadków są już w tym okresie wyraźne objawy w zakresie układu rzutowego, jako to zaznaczone porażenie niezupełne *(paresis)* nerwu twarzowego, albo zbaczanie języka i warg i tak zwane poraźne zaburzenie mowy, polegające na głoskowem potykaniu się lub zamazanem brzmieniu mowy. Celem stwierdzenia głoskowego potykania się poleca się choremu wymawiać zdania lub słowa, aliterujące się z głoskami płynnemi, n. p. „na krakowskiej maryackiej wieży trąbili trębacze trarara“. Głos jest trzęsącym aż do koziego beku *(aegophonia)*. Mimo braku tych objawów można jeszcze rozpoznać niedowład po objawach rdzeniowych, które wyprzedzają nieraz objawy porażenne i stanowią dyagnostycznie ważny rozpoznawczy objaw pomocniczy. Objawy te dowodzą albo zaburzenia chorobowego w sznurach tylnych, albo bocznych, albo obu razem. Do pierwszych zalicza się odruchowa nieruchomość źrenic *(Pupillenstarre)*; mniejsze znaczenie ma nierówność źrenic. Kombinowane schorzenie sznurów bocznych i tylnych objawia się w dwojaki sposób, t. j. wzmożeniem biernej ruchomości kończyn dolnych z wzmożeniem odruchów ścięgnistych lub obniżeniem biernej ruchomości, zatem wyraźnem zesztywnieniem z obniżeniem lub zupełnym brakiem odruchów. Objawy te są dla rozpoznania ważne, albowiem neurastenia wywołuje wzmożenie, a nigdy obniżenie odruchów.

W przebiegu niedowładu może wystąpić *mania paralytica*, najbliższa co do objawów autopsychozie ekspanzywnej, dalej zaduma uczuciowa niezupełnie czysta, lecz z domieszką lekiego urojenia odnoszącego, lub z objawami lękowej psychozy, wreszcie *melancholia depressiva*. Pojawienie się zadumy w wieku między 35 a 45 lat każe zawsze podejrzywać rozwijanie się niedowładu postępującego. Powyżej wymienione psychozy występują zwykle w okresie zwiastunowym. Z alopsychóz porażennych ważny jest obłęd poraźny *(delirium paralyticum)*, który pojawia się w którymkolwiekbądź okresie choroby i to nagle. Obraz jego może być identyczny z obrazem obłędu pijackiego, atoli zdarza się to rzadko. Zwykle odróżnia się on przewagą stanu zamroczenia, które bywa czasem tak silne, że można mówić o otrętwieniu poraźnem *(stupor paralyticus)*. Towarzyszą mu niekiedy objawy w zakresie układu rzutowego, t. j. drżenie mięśni i głosu, oraz sztywność mięśni. Zamiast niepokoju ruchowego pojawia się stan akinezy. Z innych alopsychóz pojawiają się rzadko kilkudniowy obraz obłąkania starczego *(presbyophrenia)*, lub obraz alopsychozy z omamami, n. p. ostrej halucynozy, którą w takich razach trudno odróżnić od tej postaci, występującej na tle alkoholowego porażenia rzekomego. Tylko dokładne wywiady mogą w tych razach wyjaśnić rozpoznanie. Z psychóz lękowych psychoza hipochondryczna lękowa zwykła budzić podejrzenie niedowładu, albowiem somatopsychozy przedstawiają nam zwykle najcięższy przebieg porażenia postępującego. W rzadkich na szczęście przypadkach *paralysis floridae* spotykamy obrazy ostrej psychozy wstępującej z fantastycznem urojeniem hipochondrycznem grożącego chorym niebezpieczeństwa i z bardzo silnym, a ztąd wynikającym afektem. Częściej zdarza się na szczęście, że hipochondryczne wyobrażenia, n. p. twierdzenie chorego, iż niema głowy, serca, wnętrzności i t. d., nie wywołują żadnego afektu. Na tle niedowładu lubi powstawać hiperkinetyczna psychoza ruchowa, zwykle z fantastycznem urojeniem wielkości i hipermetamorfozą; obraz taki, trwający kilka tygodni, stanowi późniejszy okres choroby. W przebiegu *psychosis ascendentis sensoricae paralyticae*, gdy ona staje się zupełną *(ps. totalis)*, występują zwykle objawy hiperkinetyczne. Z innych objawów ruchowych zauważa się w przebiegu niedowładu postępującego swoisty dlań popęd do mówienia przy pozornie rozważnem zachowaniu się chorego; rzadziej objawy hiperkinetyczno-parakinetyczne, jak wielomówstwo (werbigeracye) i stereotypie ruchowe, które są zwykle bardzo częste w późniejszych okresach choroby. Czasem zauważa się u chorych echolalię, t. j. powtarzanie za mówiącym, względnie pytającym, ostatniego słowa z pytania, zamiast udzielenia odpowiedzi. Psychoza akinetyczna ruchowa jest w postaci czystej rzadką w przebiegu niedowładu postępującego. Po napadach poraźnych mogą wystąpić, podobnie jak po napadach padaczkowych u epileptyków, chwilowe stany zamroczenia, którym towarzyszą przemijające kilkudniowe objawy ogniskowe, n. p. objawy senzorycznej afazyi.

Z powyższego opisu wynika, że niedowład postępujący przedstawia złożoną psychozę, przebiegającą w okresach, że okresy te z osobna mogą przedstawiać czyste psychozy pojedyncze, którym jednak towarzyszą zwykle swoiste objawy, zwłaszcza bardzo częste zafałszowania pamięci. Choroba przechodzi z reguły w niedołęztwo umysłu, którego znamiona występują już w bardzo wczesnych okresach (C. Westphal). Jeżeli przebiega w postaci psychozy pojedynczej, n. p. jako obłęd poraźny, może nie posiadać cech niedołęztwa, lub co najwyżej, tylko zmniejszoną zdolność zapamiętania. W pewnej znowu dość znacznej liczbie przypadków niedowład przebiega albo jako jednostajnie lub w nawrotach okresowo postępujące i nasilające się niedołęztwo, a ztąd nazwa niedołęztwo poraźne *(dementia paralytica)*. Utrata zdolności umysłowych następuje w tych razach pierwotnie, a nie następowo po przebyciu jakiejkolwiek psychozy. Jakikolwiek jest przebieg tej choroby, zawsze występują objawy rdzeniowe lub napady poraźne z następowymi objawami ogniskowymi. Tak więc ciągły i jednostajny przebieg tej choroby odpowiada psychozie przewlekłej, a tylko okresowe pojawiania się ostrych psychóz nadają obrazowi cechę psychozy ostrej. Przebieg jej odznacza się okresowemi zwolnieniami (remisyami) i zaostrzeniami w postaci napadów poraźnych. Zwolnienia stanowią najczęściej zejście pojawiających się w przebiegu niedowładu psychóz poraźnych, jak poraźnej autopsychozy, manii i t. d. Zwolnienia mogą być pomyślne i niepomyślne; pierwsze odznaczają się tem, że chory zyskuje świadomość swej choroby, a nierzadko nie okazuje zarazem żadnych objawów defektu; drugie zaś tem, że chory nie zyskuje świadomości swej choroby, a tylko objawy ostrej psychozy zwolniały lub ustąpiły; w pierwszym razie przechodzi zwolnienie w stan chwilowego, bo przeszło i rok trwającego uleczenia, w drugim razie trwa ono zwykle kilka tygodni lub miesięcy. Zaostrzenia choroby, t. j. napady poraźne przedstawiają albo zwykłe omdlenia lub napadowe zawroty głowy, czasem jednak przedstawiają dłużej trwające omdlenia i napady podobne do udarowych *(apoplectiforme)* lub padaczkowych. W początkach choroby występują zwykle lekkie omdlenia z następowem, przemijającem upośledzeniem mowy i porażeniem niezupełnem w zakresie twarzy i języka. Upośledzenie mowy może przypominać afazyę ruchową. Napady udarowate (apoplektoidalne) są w zupełności podobne do rzeczywistych udarów mózgowych i pozostawiają zwykle porażenie połowicze, widzenie połowicze, afazyę ruchową, porażenia dotyku jednej ręki i t. d. Napady padaczkowate (epileptoidalne) są niemal zupełnie identyczne z padaczkowymi (epileptycznymi), tylko mają skłonność do nawrotów i do tworzenia *status epileptici*; częściej odpowiada obraz napadowi padaczki korowej, t. j. napad zaczyna się od

kurczów pewnej gromady mięśni, n. p. twarzy, języka, przy zachowanej przytomności, a potem występują znane ogólne kurcze. I te ostatnie napady padaczki korowej zostawiają zwykle objawy ogniskowe, nawet czuciową afazyę i połowicze widzenie, które jednak w kilka godzin potem znikają. Napady padaczki korowej objawiają również skłonność do nawrotów. Wyjątkowo mogą napady porażne objawiać cechy opuszkowe i rdzeniowe (Cl. Neisser). Ciężkim napadom towarzyszą znaczne wzniesienia ciepłoty. Po napadzie, lub częściej po seryi napadów, zjawia się okres otrętwienia, które, gdy ustąpi, pozostawia znaczniejsze zniedołężnienie, aniżeli to, jakie było poprzednio. Niekiedy spostrzegać się dają wyjątkowe przypadki niedowładu, którego obraz stanowią gęsto po sobie następujące napady udarowo-padaczkowate z następowymi objawami ogniskowymi. Czas trwania choroby bywa różnie długi, a może wynosić, z wyjątkiem postaci galopujących, więcej niż 10 lat, przeciętnie wynosi on pięć kwartałów, licząc od chwili oddania chorego do zakładu. Rozpoznanie choroby łatwe, przyczem pamiętać należy, że dość często rozwija się z choroby rdzeniowej, n. p. uwiądu rdzenia, niedowład postępujący *(Tabo-paralysis)*. Leczenie zasadza się przedewszystkiem na zapobieganiu wybuchowi choroby u ludzi, którzy przebyli kiłę i nagle zapadli na objawy zwiastunowe, lub na objawy niedomogi mózgowej *(cerebrastenii)*. Jeżeli istnieją objawy kiły mózgu, lub innych narządów, wskazane jest oględne leczenie przeciwkiłowe, lecz takie, któreby nie sprowadziło utraty na wadze, a więc leczenie w łóżku, połączone z forsownem odżywianiem. Gdy niema wyraźnych objawów istniejącej kiły, wcierania i wogóle leczenie rtęciowe są przeciwwskazane; tylko podawanie jodku potasowego przez długi czas od 0·5—1·0 grm. dziennie jest bardzo korzystne. Główne leczenie polega na podniesieniu odżywienia i usunięciu chorego na czas od pół do jednego roku od jego zajęć zawodowych. Gdy już psychoza jest w pełnym toku, należy chorego wziąć w kuratelę, aby zapobiedz materyalnej jego i jego rodziny ruinie. Obraz anatomiczny wyraża się w późnych okresach choroby mikroskopowo dostrzegalnym zanikiem kory, zwłaszcza płatów czołowych, czasami także płatów skroniowych, ciemieniowych i potylicznych, oraz zmniejszeniem się ciężaru mózgu. Zanikowi kory odpowiada obraz wodogłowia zewnętrznego. Opony miękie są w licznych miejscach, zwłaszcza nad płatem czołowym, przyćmione i zrośnięte z korą tak, że dają się ściągnąć tylko wraz z korą *(decorticatio)*; czasem znów są mocno zgrubiałe i od kory oddzielone przesączyną, a wtedy dają się ściągnąć bez naruszenia kory. W przypadkach zadawnionych zachodzi rozszerzenie komór mózgowych i wodogłowie wewnętrzne; ściany komór są często zbite i okazują *ependymitis granulosa*, sięgającą nieraz do czwartej komory. W kościach czaszki spostrzega się zanik śródkościa *(diploë)* i stwardnienie kości *(eburnisatio)*, w oponie twardej objawy jej zapalenia krwotocznego *(pachymeningitis haemorrhagica)* z wynaczynieniami, zwykle ograniczonemi tylko do sklepistości półkul. W przypadkach atypowego niedowładu uderza widoczny zanik wzgórka wzrokowego. Mikroskopowe badanie wykazuje, że pierwotną zmianę w tej chorobie stanowi martwica *(necrosis)* pierwiastków nerwowych, a dopiero następowo i odczynowo (niejako zabliźnienie) przerost tkanki neurogliowej. Z badań Nissla i innych wynika, że nietylko włókna nerwowe, lecz i komórki zwojowe ulegają rozpadowi. Zmiany rdzeniowe bywają w przebiegu tej choroby częściowo pierwotnemi, częściowo zaś polegają na następowem zwyrodnieniu. (C. d. n.).

V. Wyciągi.

Prof. Posner. **Drogi zakażenia w gruźlicy narządu moczopłciowego** *(Zts. f. Tuberk. u Heilst.* 1901. T. II. 7. 2) Niedawno (1899) poruszył Kirchner ponownie zagadnienie, czy wśród powodów, nakazujących ostrożność w zezwalaniu na małżeństwo suchotnikom, nie należy uwzględnić możliwości zakażenia drugiej strony przez obcowanie płciowe. Wobec tego należało zbadać, czy jest to możliwe i w jakim stopniu zagraża takie niebezpieczeństwo. Przedewszystkiem nasuwało się pytanie, jak częstą jest gruźlica narządu moczopłciowego? i w jaki sposób powstać może jego zakażenie? Najłatwiej na to pytanie odpowiedzieć co do nerek, w których stosunkowo łatwo rozwinąć się może zakażenie drogą krwi („Ausscheidungstuberculose" Cohnheima). Częstość zmian gruźliczych w nerkach podawano na 20% przypadków gruźlicy. Aby pod tym względem uzyskać powniejsze dane, przejrzał P. 4710 protokołów sekcyi w zakładzie patologicznym szpitala Charité, kierowanym przez Virchowa. Wśród tego znalazło się 753 sekcyi gruźliczych, a wśród nich znów 189 (25%) razy zmiany gruźlicze w nerkach. Szczególnie jednak często (49%) rozwijają się zmiany w nerkach u gruźliczych dzieci. W przypadkach tych najczęściej gruźlica nerek powstaje drogą krwi; świadczy o tem już względna częstość zmian nerek w porównaniu z częstością gruźlicy niższych odcinków narządu moczowego. Jeżeli bowiem zakażenie nerek następuje od zewnątrz, drogami moczopłciowemi, to zawsze znajdą się większe lub mniejsze zmiany gruźlicze także i w tych drogach. Nadto świadczy o zakażeniu drogą krwi i obecność zmian w obu nerkach, — gdyż w zakażeniu drogami moczopłciowemi przeważnie jedna nerka bywa zajęta; — oraz usadowienie zmian ogniskowe w obwodowych częściach nerek. Z nerek może się gruźlica przenosić w niższe odcinki dróg moczowych; zdarza się to jednak rzadko. Przypadki te odznaczają się tem, że objawy kliniczne ze strony dróg moczowych są nieznaczne; w gruźlicy wstępującej bywa wprost odwrotnie. Określić częstość gruźlicy pęcherza moczowego w dokładny sposób jest bardzo trudno; na 115 przypadków gruźlicy nerek znalazł P. gruźlicę pęcherza 12 razy; w innym szeregu sekcyj na 34 pierwszych było 6 drugich; w innym jeszcze na 40 pierwszych zapisano gruźlicę pęcherza tylko raz jeden. Liczby są tu więc bardzo nierówne. — Podobnież nie da się dokładnie odsetkowo oznaczyć częstość gruźlicy jąder i pęcherza; w trzech wspomnianych szeregach sekcyj znalazł ją P. w 8, 4 i 1 spotrzeżeniu; gruźlicę narządów rodnych kobiecych w pierwszym szeregu sekcyi 9, w drugim 4 razy.

Zresztą u mężczyzn są to najprawdopodobniej zawsze zakażenia zstępujące t. j. przechodzące na pęcherz z nerek. Napewno można o tem sądzić, gdy zajęte są obie nerki i pęcherz, a jądra niezmienione. — Natomiast spotykając u kobiet zakażenie macicy, jajników i jajowodów nie można w żaden sposób uważać tych zmian za następstwo gruźlicy w nerkach; w pewnych przypadkach może być gruźlica części rodnych kobiecych następstwem gruźlicy otrzewnej, często w tych razach spotykanej, ale należy tu uwzględnić tę okoliczność, iż jeszcze częściej zachodzi stosunek odwrotny, t. j. że gruźlica otrzewnej jest następstwem gruźlicy narządu rodnego niewieściego.

Tej gromadzie przypadków, w których gruźlica narządu moczopłciowego jest wtórną, przeciwstawić należy przypadki takie, w których nagle pojawia się gruźlica tego narządu u osobników zresztą (przynajmniej pozornie) zdrowych, np. gruźlica odosobniona jąder. P. sądzi, że w tych razach najczęściej drogą zakażenia jest krew; — prątki gruźlicze, utajone gdzieś w ustroju, dostają się tą drogą do jądra i wywołują wtenczas swoiste zmiany, jeżeli natrafią tu na mniejszą odporność. Stąd częstość gruźlicy jąder po przebyciu rzeżączkowego zapalenia przyjądrza, po urazach i t. p. Tłómaczenie to znajduje poparcie w takich spostrzeżeniach, w których np. powstaje na pozór pierwotnie gruźlica kości i t. p. — W pewnych jednakże razach może pierwotne na pozór zakażenie jąder, pęcherza i t. d. powstać przez dostanie się prątków z przewodu pokarmowego, P. spostrzegał np. przypadki gruźlicy jelit i pęcherza, w których w innych narządach zmian nie było.

Bardzo ważną rzeczą, zwłaszcza ze względu na rokowanie, jest okoliczność, że gruźlica jąder może łatwo stać się punktem wyjścia dla wtórnego zakażenia pęcherza, moczowodów i nerek. W tych przypadkach obraz anatomiczny nerki jest bardzo znamienny; przypadki te w wysokim stopniu obchodzą chirurga, ponieważ zazwyczaj zajętą bywa jedna tylko nerka. W jaki sposób zakaża się wówczas nerka, zrozumieć łatwo, jeśli są zmiany także w pęcherzu i odpowiednim moczowodzie; gdy zmian w moczowodzie niema, wyjaśnienie jest trudniejsze; należy przypuścić, że prątki dostają się wówczas do nerki przez antiperystaltyczne ruchy moczowodu, których możliwość wykazano doświadczalnie. — Niekiedy może także gruźlica jąder dać powód do następowej gruźlicy otrzewnej, — a oczywiście także do ogólnej gruźlicy prosówkowej.

Czy jednak oprócz tych wszystkich rodzajów wtórnego zakażenia dróg moczopłciowych istnieje zakażenie naprawdę pierwotne, wkraczające w głąb przez cewkę moczową lub pochwę? Doświadczalnie udowodniono, że to jest możebne; zakażając gruźlicą narządy rodne samców królików i morskich świnek, stwierdzano potem gru-

źlicę pochwy u samic. Podobne zakażenia zauważono u bydła rogatego. U ludzi P. nie zna podobnego przypadku; nie widział go ani na sekcyach, ani nie zauważył klinicznie. Być jednak bardzo może, że i u ludzi następuje czasem zakażenie tą drogą: przemawia za tem znachodzenie się prątków w nasieniu suchotników, oraz te przypadki, w których wykazano, że pierwotnem siedliskiem gruźlicy była błona śluzowa macicy.

W każdym więc razie zakażenie drogą płciową może mieć znaczenie tylko w pewnych szczególnych przypadkach; w szerzeniu się gruźlicy, jako choroby pospólnej, nie odgrywa ono większej roli. *C.*

Gengou. **O pochodzeniu aleksynów surowicy prawidłowej** *(Annales de l'Institut Pasteur* 1901, Nr. 2. 4.) Na zasadzie licznych doświadczeń wnosi G. że aleksyny u psów i królików znajdują się obficiej w wielojądrzastych leukocytach, niż w surowicy krwi; w jednojądrzastych leukocytach aleksynów jest bardzo mało. Stąd wynika, że źródłem aleksynów w surowicy prawidłowej muszą być leukocyty wielojądrzaste. Należy jednak rozstrzygnąć pytanie, czy aleksyny przechodzą do surowicy dopiero wówczas, gdy leukocyty obumierają (Miecznikow), czy też są one prawdziwą wydzieliną leukocytów, niezmienionych zupełnie (Buchner). Zagadnieniem tem zajmuje się G. w drugiej części pracy. Surowica, otrzymana z osocza, pozbawionego ile możności ciałek białych, zawiera według badań G. bez porównania mniej aleksyn, niż surowica, otrzymana przez zwykłe krzepnięcie krwi, to jest przy obecności ciałek białych. Na tej podstawie należy przyjąć, że leukocyty nietylko wytwarzają aleksyny, ale że nie przechodzi ona z nich do surowicy, dopóki leukocyty znajdują się w warunkach prawidłowych. U szczurów istnieje we krwi w zwykłych warunkach substancya, działająca zabójczo na prątki wąglikowe: substancya ta, będąca niewątpliwie aleksyną, nie znajduje się według badań G. w osoczu krwi krążącej. — Wogóle zatem potwierdza G. zapatrywania Miecznikowa, iż aleksyny nie są prawidłową wydzieliną leukocytów, lecz że dostają się do surowicy dopiero w chwili obumierania ciałek białych. *C.*

Besredka. **Badania nad odpornością w doświadczalnem zakażeniu durowem** *(Annales de l'Inst. Pasteur* 1900 Nr. 4). Według badań B. odporność morskich świnek względem prątka durowego nie jest wywołaną przez bakteryobójcze działanie aleksyn, lecz wbrew twierdzeniom Wassermana, a w myśl znanych zapatrywań Miecznikowa polega na fagocytozie. Fagocytozę w ustroju można podniecić zapomocą wstrzykiwania surowic prawidłowych, ogrzanych do 55° C., których przeważna część wywołuje także aglutynacyę prątka durowego. Te własności surowic ogrzanych mogą mieć doniosłość praktyczną. Miecznikow i jego uczniowie wykazali mianowicie, że wstrzyknięcie surowicy prawidłowej do jamy otrzewnej chroni ustrój przed działaniem dawki drobnoustrojów (cholery, duru i t. d.), kilkakroć większej od zabójczej, a wstrzykniętej śródotrzewnowo w dobę po wstrzyknięciu surowicy. Ten sam skutek wywiera surowica ogrzana, nie posiadając złych stron surowic nieogrzanych. Myśl Miecznikowa, czyby nie można chronić u ludzi otrzewnej przed zakażeniem przy chirurgicznych zabiegach w jamie brzusznej zapomocą wstrzykiwania surowicy, da się może urzeczywistnić zapomocą surowic ogrzanych. Znając teraz własności aglutynacyjne i podniecające fagocytozę, jakie posiadają te surowice, należałoby próbować po operacyach w jamie brzusznej przepłókania jej surowicą końską lub wołową, ogrzaną, do 55° C. W ten sposób możnaby wywołać zlepianie się niektórych drobnoustrojów (np. gronkowców), aglutynowanych już przez surowicę prawidłową, a zarazem podniecić fagocytozę, niszczącą drobnoustroje aglutynowane, a nawet nie aglutynowane. *C.*

Prof. Pick. **Starczy zanik mózgu jako przyczyna objawów mózgowych ogniskowych** *(Wiener klin. Woch.* 1901. Nr. 17). Do niedawna panowało powszechnie, a do dziś jeszcze u wielu utrzymuje się mniemanie, że starczy zanik mózgu. nawet dochodzący znaczniejszego stopnia w pewnej tylko części tego narządu, nie wywołuje nigdy objawów mózgowych ogniskowych. Tymczasem już w r. 1892 powiodło się P. wykazać, że rzecz ma się przeciwnie, a dalsze jego i innych autorów spostrzeżenia kliniczne, sprawdzone sekcyą, sprawiły, że liczba przypadków z objawami ogniskowymi, a bez znanej podstawy anatomicznej zmniejsza się coraz bardziej. Jako dalszy przyczynek do tej sprawy przytacza P. historyę choroby 59-letniej kobiety, u której od lat 6 (rzekomo po upadnięciu) rozwijały się coraz wybitniejsze objawy mózgowe, między którymi na pierwszy plan wysuwa się ciężkie zboczenie mowy (parafazya, nierozumienie mowy i nieznaczna echolalia) obok ogólnego przytępienia umysłowego, a bez porażeń w zakresie ruchu. Na zasadzie tych danych rozpoznano zniedołężnienie starcze, zanik mózgu, głównie płatu skroniowego lewego, obok tego zmiany w płucach i t. d. Sekcya wykazała oprócz gruźlicy płuc i jelit i t. d. także ogólny zanik mózgu, szczególnie jednak zanikłe były lewe zwoje kątowy *(angularis)*, najwyższy skroniowy, najniższy czołowy i wyspa *(insula Reilii)* — Przypadek ten stanowi nowy dowód na to, że zanik starczy mózgu może wywołać objawy ogniskowe. Niemniej ważną jest okoliczność, że obecnie znajdzie się zapewne wytłomaczenie niejasnych dotąd przypadków, w których np. podkorowa wybroczyna szła w parze z wyraźnymi objawami ogniskowymi korowymi; w tych razach prawdopodobnem jest istnienie zaniku mózgu obok innych zmian ogniskowych. Przypadek ten rzuca także światło na pewne zagadnienia z zakresu psychiatryi. Dotychczas uważano zniedołężnienie porażne za zbiór objawów ogniskowych, rozmaicie się ze sobą łączących: tłomaczenie to nie nadawało się tylko do zniedołężnienia starczego. Obecnie i ta postać zniedołężnienia da się podciągnąć pod ogólną zasadę. *Z.*

Moeller. **O usuwaniu plwocin.** *(Zts. f. Tubercul. u. Heilstät.* T. II. Z. 2. 1901). Sprawa usuwania plwocin suchotników, które należy uważać za główne źródło szerzenia się gruźlicy, staje się obecnie donioślejszą przez to, że gromadząc suchotników w sanatoryach stwarza się ogromne zbiorowiska zakaźnego materyału. Odprowadzanie plwocin, nawet odkażanych, z innemi nieczystościami nie usuwa niebezpieczeństwa, bo prątki, zamknięte w grudkach śluzu, nie są dostępne działaniu środków odkażających i mogą potem szerzyć zakażenie np. z jarzynami z pól, irygowanych klarowanymi odplywami kanałowymi: dlatego jedynie pewnem jest palenie plwocin w sanatoryach. *Z.*

A. Chauffard. **O objawie Kerniga w przebiegu zapalenia opon mózgowych.** *(La Presse médicale* 1901 Nr. 27). Autor spostrzegał zapalenie opon mózgowych w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, które pozwala stwierdzić wielką doniosłość objawu Kerniga. — U 42-letniego chorego, u którego w przebiegu grypy powstało zapalenie płuc, połączone z ropnem zapaleniem ucha, spostrzedz się dały objawy nerwowe, które ani do obrazu grypy, ani do zapalenia płuc odnieść się nie dały. Chory skarżył się na ostre bóle w członkach, a nadto występowała ogromna bolesność przy ucisku na mięśnie, która znacznie przewyższała nasileniem zwykły ból mięśniowy *(myalgia)* i stawowy *(arthralgia)*, napotykane w przebiegu grypy. Natychmiast nasunęło się podejrzenie zajęcia opon mózgowych. Wtedy na potwierdzenie spostrzegł autor t. zw. „objaw Kerniga“ w kończynach górnych; podczas gdy chory siadał na łóżku, były one sztywne w półzgięciu. Do przezwyciężenia tej przeszkody trzeba było użyć pewnej siły, a i tak zupełne wyprostowanie było niemożliwe. Objawy te przy leżeniu chorego znikały. Od pierwszego dnia odruchy kolanowe były wygórowane. Pokazały się też inne objawy zajęcia opon. Sekcya potwierdziła rozpoznanie. Objaw, który Kernig opisał w r. 1882 i który nosi jego nazwę, polega na tem, że jeśli chory leży rozciągnięty na łóżku, możliwe jest zupełne wyprostowanie kończyn dolnych. Skoro zaś usiądzie, to podudzia układają się w półzgięciu (hemifleksyi) i tworzą z udami kąt mniej lub więcej ostry. Przy usiłowaniu przezwyciężenia tego zgięcia napotyka się na uczucie oporu bolesnego, a zgięcie nie daje się wyprostować. Ten bolesny skurcz bywa zwykle symetryczny: można napotkać przewagę na jednej stronie, jak to było w powyższym przypadku. Kernig przypuszczał możliwość okazania się tego objawu w kończynach górnych, ale inni autorowie temu zaprzeczali. Chauffard spostrzegał już dawniej przypadek objawu Kerniga w kończynach górnych. — Objaw ten jest wyrazem hipertonii mięśniowej, napotykanej podczas zajęcia opon. Hipertonia ta obejmuje grupy mięśni, które już w stanie fizyologicznym przeważają i tłomaczy sztywność karku i kręgosłupa. Chauffard przypisuje objawowi Kerniga doniosłe znaczenie i stawia je na równi z fizyologicznym odruchem ścięgnistym Westphala-Erba. *Dr. M. Blassberg.*

Langstein (Strassburg). **Leczenie krzywicy zapomocą wyciągu z nadnercza.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* T. 53, Z. 4, 1901). Mając sposobność spostrzegania endemicznie występującą krzywicę w okolicy nadreńskiej, postanowił autor skontrolować znakomite wyniki, otrzymane przez Stoeltznera na klinice Heubnera przy podawaniu wyciągu z nadnercza w przebiegu krzywicy, a uczynił to tem chętniej, gdyż Stoeltzner stosował przetwór ten tylko empirycznie. Gdyby badania autora stwierdziły wyniki, otrzymane przez Stoeltznera, miałyby one doniosłe znaczenie, gdyż wskazałyby one kierunek, w którym należałoby badać krzywicę. W 21 przypadkach autora wyciąg z nadnercza nie wywarł swoistego wpływu na przebieg krzywicy, nie spowodował atoli szkodliwych objawów ubocznych, a podniecał łaknienie. Różnicę w otrzymanych wynikach tłomaczy autor tem, że Stoeltzner przeważnie wypuszczał tych chorych z leczenia w miesiącach letnich, w których krzywica pod wpływem zabiegów higieniczno-dyetetycznych lub samoistnie może być wyleczona, co potwierdzają również przypadki (5 ostatnich), przez autora przytoczone. Nie przypisuje przeto autor wyciągowi z nadnercza

działania swoistego, a działa on skutecznie tylko przez podniecenie łaknienia i następowo poprawienia stanu ogólnego. *Jan Landau.*

Schengelidze. **O patogenezie zapalenia ucha środkowego u oseskόw.** *(Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXI, Zeszyt III i IV). Wyniki badań swoich, zebranych na licznym materyale, podaje autor w formie następujących twierdzeń: I) Zapalenie ucha środkowego pojawia się bardzo często u oseskόw (70,5%) i to po największej części obustronnie, towarzysząc zapaleniu płuc i nieżytom przewodu pokarmowego. II) Ze stanowiska bakteryologicznego: 1) W rozmaitych postaciach zapalenia ucha środkowego (w ropnem, surowiczem, kataralnem) znajdują się te same drobnoustroje w jamie bębenkowej. 2) Jama bębenkowa u oseskόw nigdy nie jest jałowa. 3) We wszystkich prawie przypadkach znajdują się te same drobnoustroje, które stale znajdujemy w jamie nosowo-połykowej, mianowicie: *diplococcus* Frankla w 82,6%, *staphylococcus pyogenes albus* w 52,1% przypadków. 4) Obecność łańcuszkowców każe gorzej rokować. III) Co do stosunków anatomicznych, to krótkiego streszczenia tej pracy podać niepodobna. IV) Co się tyczy powstania choroby, to wywołują ją drobnoustroje ropotwórcze, dostające się z łatwością do jamy bębenkowej w przebiegu chorόb narządów trawienia, oddechowego i jamy nosowo-połykowej.

Jan Landau.

Dr. Edward Spiegler. **O nowym sposobie leczenia przewlekłego wyprysku.** *(Archiv f. Dermatol. u. Syphilis.* Tom jubil. Kaposi'ego, 1900). Wiadomo, jak trudno jest wyleczyć wyprysk przewlekły, trwający nieraz już lata. Najczęściej używanym w tej chorobie lekiem jest 10% plaster salicylowy (Emplastr. saponatosalicylicum); jak długo na chore miejsce go używać, poprawa jest uderzającą, po zaprzestaniu leczenia wraca sprawa chorobowa zazwyczaj w krótkim czasie.

Zasadą w leczeniu przewlekłego wyprysku jest, aby miejsce chore podrażnić, wywołać zapalenie ostre i w ten sposób spowodować wessanie nacieku. Takimi środkami są 50% roztwór wodny ługu potasowego i 50% roztwór azotanu srebrowego: tymi roztworami leczy autor przewlekłe wypryski w następujący sposób: miejsce chore zmywa mydłem i ciepłą wodą, a następnie pędzluje wspomnianym roztworem ługu potasowego *(Kal. caust. Aq. destil. aa p. aeq)* — zapomocą pędzelka z waty i to energicznie, ale najwyżej przez minutę. Następnie prądem ciepłej wody spłόkuje lek, obsusza watą wyjałowioną. Następnie miejsca, gdzie powstały przeczosy, zapuszcza 50% roztworem azotanu srebrowego, przykrywa miejsce chore watą wyjałowioną i zakłada opatrunek.

Autor bardzo zachwala ten sposόb leczenia. Bόl nie jest wygόrowany po takim zabiegu, przykre swędzenie ustępuje doraźnie, a prawie zawsze jednorazowa ta manipulacya wystarcza do wyleczenia nawet bardzo długotrwałej choroby. I tak na 30 przypadkόw, leczonych tym sposobem, w 29 choroba ustąpiła po jednorazowem wykonaniu zabiegu: w jednym przypadku, gdzie choroba trwała już 23 lat, trzeba było uciec się do powtόrzenia zabiegu. Ług potasowy nie niszczy tkanki zdrowej, a tylko chorobowo zmienioną; w przypadkach daleko posuniętych powstają po tym sposobie leczenia blizny w odnośnych miejscach, w lżejszych przypadkach autor tego nie zauważył. Po oddzieleniu się powstałych strupόw najlepiej użyć maści borowej.

W pracy swej ostrzega autor przed użyciem tego sposobu w wypryskach rozlanych na większej przestrzeni; tylko ściśle ograniczone suche przewlekłe wypryski i to na małej przestrzeni nadają się do tego leczenia. Rozumie się, że w wyprysku ostrym i podostrym przynieślibyśmy choremu wspomnianym sposobem leczenia tylko szkodę: tu wskazane są leki osłaniające.

Dr. Żydłowicz.

R. Lepine. **O związku lewulozuryi spożywczej (alimentarnej) ze zmianami wątroby.** *(Semaine médicale* 1901, Nr. 14). Fakt spostrzegany przez licznych autorόw, że niektόrzy chorzy na cukrzycę, znoszą lepiej lewulozę, niż glukozę — jest nieco parodoksalnym wobec tego, że ustrój prawidłowy zdaje się lepiej przyswajać glukozę. Paradoks ten wyjaśnił Minkowski, dowodząc doświadczeniami na psach, że po wyjęciu trzustki wątroba traci w większym lub mniejszym stopniu zdolność przemiany i gromadzenia glukozy w postaci glikogenu, podczas gdy wobec lewulozy zdolności tej nie traci. Że tylko zdrowa wątroba umożliwia przyswajanie lewulozy, sprawdza się u chorych na cukrzycę, którzy ją trudno znoszą, mając wątrobę zajętą. Dlatego też przy pewnych cierpieniach wątroby lub zaburzeniach czynnościowych łatwiej jest wywołać glikozuryę spożywczą zapomocą lewulozy, niż zapomocą glukozy. W doświadczeniach Lepinea chora z żółtaczką i zajętą wątrobą nawet w stanie chory znosiła bez zmiany 150 grm. glukozy, a już 80 grm. lewulozy wywoływało lewulozuryę. Także spostrzeżenia Noordena, H. Straussa są zgodne z tą obserwacyą. Badania, uskuteczniane dotąd nad glikozuryą spożywczą z glukozą lub sacharozą, tj. mieszaniną glukozy i lewulozy, były dotąd niedostateczne. Niedomogę wątroby badać należy tylko zapomocą czystej lewulozy.

Dr. M. Blassberg.

F. Selberg. **O usypianiu mięszaniną Schleicha.** *(Arch. f. klin. Chir.* T. 63, Z. II). Po kilkumiesięcznem używaniu mięszaniny Schleicha (chloroform + eter + chlorek etylu) w klinice Gryfijskiej, autor takie wystawia świadectwo temu sposobowi usypiania: 1) jest to sposόb nierόwnie droższy od usypiania czystym chloroformem (4·90 Mk.: 0·14 Mk.); 2) chory trudniej usypia, lecz budzi się łatwiej niż po chloroformie; 3) stan po tem usypianiu jest mniej przykry, niż po chloroformie lub eterze; 4) niebezpieczeństwo bezpośrednie usypiania mięszaniną Schleicha zdaje się być mniejsze właśnie po tej metodzie, niż przy każdej innej, lecz za to częściej spostrzegano powikłania ze strony płuc i serca; 5) wreszcie przygotowanie tej mięszaniny jest trudne, tem trudniejsze, że nie można jej przyrządzać na zapas.

Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Tesmacher (Neuenahr). **Leczenie cukrzycy salolem.** Przed kilku miesiącami zalecił Ebstein z Getyngi stosowanie salolu w cukrzycy. Doświadczenia Ebsteina przerobił Tesmacher i doszedł rόwnież do przekonania, że w niektόrych przypadkach cukrzycy salol jest lekiem nader pożytecznym i jeśli nie usuwa zupełnie cukru z moczu, to w każdym razie obniża jego zawartość do znikomej ilości. Tesmacher podał 8 chorym w ciągu pięciu dni po 1,3 salolu, trzy takich dawek dziennie. U trzech z tych chorych salol pozostał bez wpływu, natomiast u pięciu resztujących, których stan nie dał się poprawić innymi sposobami, ilość cukru w moczu spadła do ledwo dostrzegalnych śladów. Niestety ten zbawienny wpływ salolu trwa tylko podczas jego zażywania, a po ustaniu ilość cukru moczu wraca do pierwotnej stopy. *(La Presse médicale* Nr. 33).

A. K.

C. Trunecek. **Leczenie miażdżycy tętnic zapomocą podskórnych wstrzykiwań surowicy nieorganicznej.** *(Semaine médicale* Nr. 18. 1901). Miażdżyca polega na odkładaniu się w ścianach naczyń fosforanu wapniowego, który prawidłowo zawarty jest w surowicy krwi w ilości około 70%. Przyczyną tych złogów jest niedostatek chlorku sodowego i soli alkalicznych w ustroju, za czem przemawia fakt, że napotykamy ją z jednej strony w ustrojach starych, ubogich w chlorek sodu, z drugiej strony przy silnie kwaśnym moczu, co świadczy o niedostatku soli alkalicznych we krwi. Fakty te wyzyskał autor w celach leczniczych, sporządziwszy mieszankę, zawierającą w pierwszym rzędzie chlorek sodowy i węglan sodowy, jako zmierzające do przeciwdziałania powyższym brakom, a dla podniesienia wpływu na ustrój dodał wszystkie sole alkaliczne, składające część nieorganiczną surowicy krwi, i to w tym samym stosunku, w jakim one są zawarte w surowicy. Ten płyn, zgęszczony dziesięciokrotnie, a nazwany przez autora surowicą nieorganiczną, zawiera:

siarkanu sodowego	. . . 0·44	centigr.
chlorku sodowego	. . . 4·92	„
fosforanu sodowego	. . . 0·15	„
węglanu sodowego	. . . 0·21	„
siarkanu potasowego	. . . 0·40	„
Wody destylowanej q. s. do	100	grm.

Jestto płyn przejrzysty, smaku słonego, oddziaływania alkalicznego. Zawiera 6,12% soli i ma ciężar gatunkowy (przy 20° C) 1·04. Po wstrzyknięciu do krwi osobnika zdrowego wydzielają się sole szybko przez nerki. Aby wchłanianie uczynić wolniejszem, uciekł się T. do wstrzykiwań podskórnych, które uskutecznia na przedramieniu. Nieznaczna bolesność towarzysząca rychło ustępuje. Cztery przypadki, leczone tym sposobem, dały bardzo dobre wyniki. Zwłaszcza są one wybitne w dusznicy *(Angina).* Zaczyna T. dawką jednego ctm³, ponawiając wstrzykiwanie co 4 lub 7 dni, i zwiększając o 0·2—0·5 ctm³. Przy dawkach większych, niż 1 ctm³, należy wstrzykiwać w kilku odstępach dla uniknięcia zbytniego napięcia skóry. Przy przykrych objawach dusznicy powtarza się wstrzykiwania codziennie. Najwyższa dawka jednorazowa nie powinna przekraczać pięciu ctm³. Alkaliczność moczu stanowi przeciwwskazanie do wstrzykiwania surowicy nieorganicznej. *Dr. M. Blassberg.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 kwietnia 1901 r.

Przewodniczący kol. Beck; członków obecnych 35.

Przewodniczący przedstawia obecnym nowo przyjętego członka kol. Dr. Adolfa Wątorka.

I. Zgromadzenie uchwaliło wziąść udział w Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze. Delegatów zaś Towarzystwa postanowiono wybrać na najbliższem posiedzeniu.

II. Kol. Wątorek demonstruje przyrząd do wyjaławiania własnego pomysłu.

I. Przyrząd przenośny dla odkażania operacyjnego, przeznaczony dla potrzeb lekarza praktycznego, służy do wyjaławiania we wrzącym 1% ługu sodowym narzędzi, oraz do wyjaławiania opatrunków w parze i dla tych dwóch celów jest on analogicznie zbudowany, jak inne znane dotychczas przenośne sterylizatory dla lekarza praktyka. To znaczy pudło sterylizatora, złożone z naczynia spodniego i nakrywy, mieści w sobie 2 sita, jedno na narzędzia, drugie na opatrunki. Dla osiągnięcia tych 2-ch pierwszych celów, poczyniono w tym przyrządzie następujące modyfikacye: 1) sito na opatrunki posiada dno całe, niedziurkowane, wskutek czego wrzący ług sodowy wypryskując nie może moczyć opatrunków tak, iż po ukończeniu wyjaławiania są zupełnie suche. 2) Naczynie dolne daje się nakryć szczelnie nakrywą z powodu zastosowania t. zw w blacharstwie zamknięcia angielskiego. Wobec tego para wydobyć się może z przyrządu zamkniętego, dopiero osiągnąwszy pewne ciśnienie, wskutek czego ciepłota jej jest zawsze o kilka stopni wyższą nad ciepłotę wrzenia 1% ługu sodowego i mierzona ciepłomierzem maksymalnym wykazuje stopień między 104 a 108°C, zależne od czasu trwania wyjaławiania. To przegrzanie pary pozwala na pewno dokonać w 15 minutach gruntownego wyjałowienia opatrunków. 3) Nakrywa przyrządu jest tak zrobiona, że może służyć za wystarczająco głęboką i pojemną na 3—4 litrów wody aseptyczną miednicę. 4) Obydwa sita mają bardzo praktyczne uszka do wyjmowania ich z wnętrza przyrządu a sito zawierające narzędzia z dnem dziurkowanem daje się ustawiać po wyjęciu z przyrządu na stół na 2ch składalnych, wysokich na 3 ctm. podpórkach, co uniemożliwia zetknięcie się wyjałowionych narzędzi z otoczeniem.

II. Sterylizator ten dla narzędzi i opatrunków zaopatrzony jest w chłodnicę, zapomocą której możemy w 4 minutach ochłodzić wrzący ług sodowy, użyty dla wyjałowienia narzędzi, zimną wodą studzienną. Znaczenie tej inowacyi jest kilkorakie i tak: 1) lekarz otwierając po ukończeniu wyjałowienia i ochłodzeniu przyrząd przez zdjęcie nakrywy, a następnie wyjmując sita z przyrządu nie narazi przytem swych rąk na oparzenie. 2) Narzędzia ochłodzone są natychmiast zdatne do użytku. 3) Procedurę wyjaławiania można wykonać zdala od miejsca operacyi, a po ukończeniu ich można cały przyrząd zamknięty przenieść w pobliże chorej bez obawy zanieczyszczenia wyjałowionych przedmiotów wewnątrz przyrządu, a wreszcie, co najważniejsze, 4) możemy użyć roztworu sody dla dokładnego obmycia rąk operatora i pola operacyjnego. Ku temu też celowi dodano do przyrządu odpowiednio zrobiony kurek, który nadaje sterylizatorowi temu cechy idealnie aseptycznej umywalni i idealnie aseptycznego irygatora.

Chłodnica, wykonana z rurki miedzianej o świetle 8 mm., długości 2½ m., daje się wkładać i wyjmować dowolnie, przez co tak wnętrze przyrządu, jako też i samą wężownicę możemy dokładnie oczyścić. Obydwa końce chłodnicy wystercząją z przyrządu po nakryciu go nakrywą przez 2 otwory, które powstały przez złożenie się 2-ch wycięć półkolistych w 2ch naprzeciwległych narożach naczynia spodniego i nakrywy. Do tych 2ch wystających końców wężownicy przyczepia się bardzo łatwo i szybko zapomocą odpowiednio urządzonych szlifowanych nasadek 2 gumy, długie każda na 80 ctm., z ciężarkami na końcu, z których jedną wkładamy do konewki z wodą studzienną, zaś na drugą nakładamy strzykawkę 100 gramową i zapomocą niej wyciągamy powietrze z chłodnicy tak, iż woda z konewki może przez chłodnicę przepływać na mocy praw lewarowych i zlewać się do podstawionej miednicy czystej gospodarczej. W braku odpowiedniej strzykawki możemy ssanie to uskutecznić także wprost ustami. Czysta woda studzienna, przeszedłszy przez chłodnicę, zanurzoną w gorącym ługu sodowym, nabiera znacznej ciepłoty, a zebrana na czystą gospodarczą miednicę lub miskę, może posłużyć do mechanicznego pierwszego oczyszczenia rąk operatora i pola operacyjnego tak, iż roztworu sody z przyrządu użyje się tylko dla procedur wyjaławiania rąk operatora i pola operacyjnego; do tego celu ilość jej 3—4 litrów zupełnie wystarcza tak, iż doświadczenie kol. W. pouczyło, że po operacyi zawsze jeszcze przeszło litr roztworu sody pozostaje niezużyty.

Kurek dodany do przyrządu daje się wyjmować i umieszczać trwale i pewnie w tarczce wlutowanej do dolnego naczynia przyrządu. Posiada on 2 wyloty: jeden służy jako wylot umywalni, 2 jako wylot irygatora. Na 2gi wylot nasadza się w razie potrzeby irygacyi analogicznie urządzoną, jak przy gumach wężownicy nasadkę z gumą 1½ m. długości, zakończoną kurkiem irygatora Klucz kurka przewiercony jest w kształcie litery T, wskutek czego możemy dowolnie wypuszczać płyn z przyrządu albo jednym albo drugim wylotem. Do główki klucza wkręca się rączkę metalową, długą na 20 ctm. wskutek czego odpowiednie regulowanie, odmykanie i zamykanie kurka daje się uskutecznić nie palcami ręki operującej, ale łokciem. Przystosowanie tak długiej rączki nadaje kurkowi temu cechy kurka aseptycznego.

III. Aby lekarz mógł w każdej chwili użyć przyrządu tego w przypadkach nagłych chirurgicznych i położniczych, jest on zaopatrzony w sztelaż i lampę, zawierającą w sobie rezerwoar ze spirytusem. Sztelaż lekki, zbudowany jest z jednej cienkiej 1 mm. blachy żelaznej dla sztywności i mocy na zasadzie kątówek (zasada konstrukcyi belek, używanych przy mostach żelaznych kratowych). Kształt i wymiary jego są tak dobrane, aby: 1) mieścił się w bezużytecznych miejscach przyrządu; 2) aby wystawiał na działanie płomienia lampy całą powierzchnię dna; 3) aby mając boki do połowy nakryte chronił przed utratą ciepła z lampy, a zarazem nie pozwalał opalać się bokom przyrządu. Dla utrwalania przyrządu w sztelażu są nalutowane 4 pukle na dnie przyrządu, które wchodzą w 4 odpowiednie kąty wycięcia górnej powierzchni sztelaża Lampa, dodana do przyrządu, jest przytem pudełkiem, mieszczącem w sobie zbiornik ze szczelną zatyczką, mieszczący w sobie ilość spirytusu, wystarczającą do 2-ch operacyj, rączkę lampy, oraz pudełko zawierające 40—50 grm. sody. Zbudowaną jest ona na zasadzie lampy Bunzenowskiej bez knotków, na spirytus, którego wszędzie czy w mieście, czy na wsi, z łatwością można dostać, daje bardzo silny płomień zupełnie utleniony, a przez to niekopcący, tak, iż 3 litry wody wodociągowej o ciepł. 10° C., doprowadza w 20 minutach do wrzenia. Wybuch w tej lampie jest bezwarunkowo wykluczony.

IV. Dzięki temu, iż gumy zajmują miejsce pod wężownicą, sztelaż mieści się w bokach, i dnie przyrządu tak, iż zajmuje miejsce bezużyteczne w przyrządzie, kurek z odkręconą rączką, płaski, bardzo łatwo mieści się między narzędziami w dolnem sicie, a lampa złożona z nakrywką do gaszenia płomieni, z zbiornikiem w środku, rączką lampy i pudełkiem sody, zajmuje tylko małą część górnego sita; przyrząd ten może lekarzowi w zupełności zastąpić torbę lekarską, potrzebną dla przenoszenia narzędzi, opatrunków i innych utensyliów, koniecznych przy operacyi, zwłaszcza, iż konstrukcya jego jest tak lekką, że w komplecie z gumami, ale bez pokrowca i pasków, waży zaledwie o 1 klgr. więcej, niż torba skórzana tych wymiarów, tj. 4 klgr. 600 grm. Przyrząd okryty pokrowcem lekkim, łatwo i szybko zdejmować i nakładać się dającym, trwałym, nieprzemakalnym, wraz z eleganckimi paskami mocnymi, waży kilkadziesiąt gramów więcej nad 5 kg. a więc jest tak lekki i dogodny do przenoszenia, że lekarzowi opłaci się go brać nawet do drobniejszych, mających się wykonać aseptycznie operacyj. Zatem przyrząd jest: sterylizatorem dla narzędzi we wrzącej sodzie, sterylizatorem w parze przegrzanej dla opatrunków, aseptyczną umywalnią, aseptycznym irygatorem i torbą lekarską dla narzędzi, opatrunków i innych utensiliów. (*Autoreferat*).

W rozprawie nad demonstrowanym przyrządem zabierali głos koll.: Sołowij i Hojnacki, którzy potwierdzają jego sprawność w praktyce ginekologicznej. Kol Kośmiński uważa go na razie za model, który jeszcze dużo wymaga poprawek; zaznacza, że żaden przyrząd uniwersalnym być nie może; albo będzie dobrym do wyjaławiania narzędzi, albo do wyjaławiania opatrunków, albo do mycia rąk.

Kol. Wehr wątpi, czy czas dwudziestu minut będzie dostateczny do zupełnego odkażenia; zaznacza, że obawiałby się wody, w której gotowały się narzędzia, używać jako płynu aseptycznego do mycia się i przepłókiwania i radzi przeprowadzić dokładne badanie bakte-

ryologiczne w tym kierunku; co do palnika, to sądzi, że traci on dużo ciepła i że może odpowiedniejszym byłby palnik benzynowy. Kol. Skałkowski jest zdania, że przyrząd w praktyce prywatnej będzie wystarczającym; zaznacza jednak, że nie chowałby po dokonanej operacyi doń narzędzi z powrotem, postument (stelaż) zdaniem jego jest za słaby, a rura gumowa do chłodnicy powinna być dłuższą. Kol. Mars uważa, że przyrząd ten jest wystarczający dla lekarza praktycznego, a nie do celów klinicznych. Kol. Gluziński jest zdania kol. Marsa; stelaż zaś i lampę uważa za dobre, gdyż spełniają swe przeznaczenie; przyrząd sam zaś odpowiada celowi.

W odpowiedzi kol. Wątorek pomija sprawy techniczne; w kwestyi zaś zasadniczej zaznacza, że oparł się na znanym pewniku, wrzący jednoprocentowy ług sodowy niszczy wszystkie drobnoustroje i ich zarodniki; stosując go zaś przez 20 minut nabiera się pewności, że narzędzia i płyn stają się jałowe.

III. Kol. Sieradzki: O t. zw. hemotoksynach i ich zastosowaniu w medycynie sądowej. (*Rzecz przeznaczona do druku*).

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XXV., odbyte w dniu 19 marca 1901.

Przewodniczący Prof. Dr. Edward Korczyński; członków obecnych 22.

1. Przewodniczący, zagajając zgromadzenie, zaznacza, że wydawnictwo w listopadzie 1900 r. skończyło 25 lat swego istnienia. Zawiązane zostało ze współudziałem 80 członków, tak lekarzy jakoteż studentów medycyny. Początki były trudne a przeciwności liczne. Trzeba było dużo dobrej woli, pracy i cierpliwości, by te trudności pokonać. To się udało. To też po 25 latach istnienia Wydawnictwo, wydawszy 22 dzieł (a z pośród tych tylko 3 tłómaczenia z języków obcych) i 2 tomy rozpraw z zakresu medycyny praktycznej i widząc, że dzieła bywają chętnie nabywane i że 2 z nich doczekało się II-go wydania, z niekłamaną chlubą oddaje dotychczasową swą działalność pod ocenę społeczeństwa lekarskiego. W przeważnej części nie autorowie zgłaszali się z propozycyą wydania dzieł, lecz przeciwnie osobiste zabiegi przewodniczącego zachęcały autorów do pisania dzieł oryginalnych. To też należy się prawdziwa podzięka autorom za to, że wzbogacili swemi pracami piśmiennictwo lekarskie polskie i przyczynili się wraz z innemi pokrewnemi wydawnictwami do tego, by młodzież lekarska kształciła się na dziełach, wydanych w języku ojczystym.

2) Przewodniczący zawiadamia, że na Wystawie, urządzonej w lipcu 1900 r. podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie otrzymało wydawnictwo dyplom honorowy Jestto już 7 z rzędu uznanie pożytecznej działalności wydawnictwa, otrzymane na wystawach przyrodniczych i higienicznych krajowych.

3) Na 500-letni Jubileusz odrodzenia Uniwersytetu Jagiellońskiego przesłało Wydawnictwo Uniwersytetowi ozdobny adres, za co otrzymało podziękowanie od Senatu akademickiego w d. 10 lipca 1900 r.

4) Skontrum rachunków z r. 1900, dokonane przez komisyę kontrolującą (Dr. Buzdygan i Dr Różecki), wykazało księgi i rachunki w zupełnym porządku. Na tej podstawie Zgromadzenie udzieliło zarządowi Wydawnictwa absolutoryum za rok 1900 i wybrało na rok następny tę samą komisyę kontrolującą.

5) W r. 1900 wydano obszerne dzieło Doc. Dra Ludomiła Korczyńskiego p. t. „Zarys Balneoterapii i Balneografii krajowej“, stronnic 487 i XV. Dzieło to, przeznaczone dla członków i prenumeratorów jako premium bezpłatne za rok 1901 i 1902, oceniły bardzo korzystnie wszystkie pisma lekarskie polskie, a nadto »Czasopis lekarzów czeskich« (Nr. 49, r. 1900) do pochlebnej oceny dodał i tę uwagę, że Czesi zazdrościć mogą literaturze polskiej takiego dzieła, którego nie posiadają, mimo tylu wszechświatowych zdrojowisk, jakie w kraju ich istnieją.

6) Rozsprzedaż wydanych dzieł odbywa się w sposób prawidłowy. Koszta wydania Balneologii wynosiły 1849 złr. 36 ct., czyli 3,698 k. 72 h., skutkiem czego majątek wydawnictwa zmniejszył się o sumę 1474 k. = 737 złr. To też wobec tego uszczuplenia funduszów wydział wydawnictwa nie mógł przyjąć oferty kilku autorów na wydanie nowych dzieł, a to tembardziej, że dzieła te nie obejmowały całości przedmiotu.

7) W r. 1900 wstąpiło nowych członków 16. Wystąpiło 2, umarło 4 (Dr Edward Brühl, Dr Mieczysław Gedl, Dr Czesław Stiche i prof. Dr Aleksander Zarewicz), których pamięć zgromadzeni uczcili przez powstanie. Ogólna liczba członków zwiększyła się o 10 i wynosi z końcem 1900 r. 322, z tego honorowych 4, czynnych 84, prenumeratorów 234.

8) Według sprawozdania podskarbiego i administratora dochód w r. 1900 wynosił 2625 k. 52 h. (mianowicie: pozostałość kasowa 13 k. 9 h., wkładki członków 556 k. 52 h., sprzedaż nakładów 1664 k. 75 h., kupony obligacyi propinacyjnych 224 k. i % od książeczek kasowych 167 k. 16 h.). Rozchód wynosił 4099 k 52 h. (mianowicie: 11 k. 21 h koszta ściągania zaległych wkładek, portoryum od sprzedanych książek 16 k. 64 h., portoryum od bezpłatnych premii 16 k. 41 h., administracya 356 k 54 h.). Wobec tego majątek wydawnictwa wynosi 9022 k. 89 h ; kwota umieszczona jest w obligacyach i na książeczkach Kasy oszczędności.

9) Na następne dwulecie wybrano wydział w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr. Edward Korczyński, wiceprezes: Prof. Dr. St. Domański, Sekretarz, Administrator, Podskarbi Dr. St. Kwiatkowski. Członkowie wydziału: Prof Dr Jaworski Walery, Dr Kwaśnicki August, Dr Pieniążek Przemysław, Dr. Surzycki Józef, zastępcy: Dr Buzdygan Mikołaj, Dr Bielański Gustaw. *Dr. St. B. Kwiatkowski*, sekretarz.

VIII. XXX Kongres chirurgów niemieckich w Berlinie.

zestawił **Dr. W. Herman.**

(Ciąg dalszy).

Drugie posiedzenie rozpoczął Kocher wykładem *o wycinaniu wola*. Podkładem dla prelekcyi był drugi tysiąc strumektomii, wykonany przez Kochera. W ostatnich czasach operuje on wyłącznie w znieczuleniu miejscowem, używa cięcia kołnierzykowego, a mięśni nie przecina. Dawniej po operacyi umierało mu 4%, obecnie wykonał 302 operacyj (a między tymi 9 wola złośliwego, a 8 w chorobie Basedowa) i z tych chorych nie stracił ani jednego. W przypadkach wola dużego i zastarzałego podaje przed operacyą zapobiegawczo przez jakiś czas przetwory tyroidynowe (?). Zasadniczo wykonuje wycięcie (ekscyzyę) wola, wyjątkowo tylko wyłuszczenie. Szczególniejsze trudności przedstawia operacya w przypadkach tak zw., wola głębokiego. W rozpoznaniu tej postaci trzeba się kierować nietylko opukiwaniem, lecz zużytkować także fotografie röntgenowskie i zwrócić uwagę na objawy uboczne (rozedma płuc, nieżyt oskrzeli, przyśpieszone kołatanie serca, wysadzenie gałek ocznych i t. d.). Operując, trzeba przedewszystkiem podwiązać wszystkie odpowiednie naczynia na szyi, przedzielić przesmyk, a potem przystąpić do wytoczenia guza ze śródpiersia. Ze względu, że górny otwór piersiowy *(apertura thoracica superior)* nie daje wiele wolnego przystępu dla rąk, używa Kocher do wytaczania wola osobnych kleszczów i łyżeczek. Operując, stara się pozostawić przynajmniej ¼ część gruczołu, aby uniknąć chcry swoistej.

Równocześnie jednak czyni uwagę, że znaczną część przypadków wola można wyleczyć bez operacyi. Ponieważ przetwory gruczołu tarczykowego nie więcej robią jak jod, używał do niedawna wyłącznie tego ostatniego. Jedyną niedogodnością, jaką się podczas tego leczenia od czasu do czasu zauważyć zdarza, jest „jodismus“. W ostatnich przeto czasach zaniechał jodu, a począł używać fosforu. Syn bowiem jego, Alb. Kocher, wykazał, że ilość jodu w gruczole, zajętym wolem, zmniejsza się stale, w miarę zaś podawania przetworów fosforowych zwiększa się (n. p. z 0·018 do 0·4, albo z 0·00862 aż do 1·2), a równolegle z tem spada ilość wydzielonego fosforu. Kocher *sen.* zwraca następnie uwagę, że w okolicach, w których wól jest cierpieniem częstem, ludzie żywią się pokarmami mało fosforu zawierającymi, podczas gdy w Anglii, gdzie wól nie istnieje, jaja i mięso, a zatem pokarmy obfite w fosfor, stanowią główną część pożywienia. Na tej zatem podstawie poleca fosfor, jako lek przeciw wolu, podając fosforan sodowy (6 gr. dziennie), lub czysty fosfor. — O tym samym przedmiocie mówił Kraske, mianowicie o swoich 400 strumektomiach. Również i on używa wyłącznie znieczulenia miejscowego. Jest przeciwnikiem podawania tyreojodyny, ta bowiem wpływa niekorzystnie przedewszystkiem na tkankę gruczołową niezmienioną. Goldmann operował raz *torbiel śródpiersia* przodkowego, który, wydobyty po wypiłowaniu mostka, wykazał, że był to wól torbielowaty, zajęty gruźlicą. W rozprawach między innymi przemawiał Rehn, wspominając o przypadku dużego wola głębokiego, tak dużego, że namyślał się, czy wogóle można odważyć się na operacyę, a który wyleczył się zupełnie przez używanie tyreojodyny.

Następną grupę wykładów stanowiła rzecz *o chirurgii mózgu*. Najpierw Krause mówił o 25 przypadkach *wyłuszczenia zwoju Gassera*. Operacyę tę wykonywa on jednoczasowo (o ile to możliwe) i tylko w przypadkach typowego nerwobólu n. trójdzielnego. Nawrotu cierpienia nie stwierdził ani w jednym przypadku, jakkolwiek w nie jednym już upłynęło 5—6—8 lat od operacyi. Jeden z operowanych umarł w zapadzie, drugi po trzech tygodniach z obrzęku mózgu, trzeci siódmego dnia z porażenia serca. Objawy z braku zwoju Gassera przy odpowiednich ostrożnościach szybko przemijają. W następnym wykładzie Heidenhain mówił *o nowotworach mózgu*. Operował 4 razy i w jednym przypadku wydalił z ośrodka dla lewej nogi pojedynczy gruzełek; chory żyje, lecz cierpi jeszcze na napady padaczkowe, kurcze w ramieniu bez równoczesnej utraty świadomości i niezupełne porażenie kończyny. W drugim przypadku usunął przed ośmioma miesiącami mięsaka torbielowatego z lewego ośrodka dla ramienia; od czasu operacyi ustąpił ból głowy, pozostały jednak pewne zaburzenia w sferze czucia i ruchu. W 3-cim przypadku musiał usunąć cały prawy płat skroniowy z powodu mięsaka barwikowego i następowego wodogłowia. Chory ten zmarł w ¼ roku po operacyi z powodu nawrotu nowotworu. W 4-tym przypadku rozpoznawano nowotwór móżdżku, wypiłowano osteoplastycznie całą potylicę, lecz nowotworu podczas operacyi nie znaleziono. Dopiero podczas sekcyi przekonano się, że w środku móżdżku rozwinął się duży rozmiękający mięsak. Barth mówił *o operacyjnem leczeniu zapalenia ropnego opon;* przedstawił chorego, u którego z powodu przebicia nożem kręgosłupa w okolicy IX kręgu piersiowego wystąpiły objawy zapalenia opon rdzeniowych. W miejscu tem wykonał laminektomię i odsłonił ognisko ropne okołooponowe. Później z powodu gorączki musiał wykonać drugą laminektomię w części lędźwiowej; przeciął tam oponę twardą i wypuścił ropę. Nastąpiło przemijające porażenie kończyn. W końcu chory wyzdrowiał. Mimo gorsetu wytworzył się w części operowanej garb. Merkens opisuje przypadek *nieropnego zapalenia opon płatu skroniowego* skutkiem zapalenia ucha środkowego, i drugi, w którym w dwa lata po wypuszczeniu ropnia mózgowego wystąpiła padaczka, uleczona przez wycięcie blizny (?). Krönlein opowiada o chorym, u którego przed 6 laty wydalił *gruzełek z ośrodków ruchowych mózgu* z wynikiem korzystnym i trwałym i następnie o zamierzonej operacyi z powodu nowotworu mózgu, którego podczas operacyi nie odkrył, a dopiero wykazała go sekcya w 1½ roku później. Braun w 9 przypadkach padaczki przecinał nerw spółczulny na szyi bez wyraźnego efektu — zaledwie bowiem w 4 przypadkach zauważył bardzo wątpliwą poprawę.

Na osobnem wieczornem posiedzeniu demonstrowano szereg fotografij zapomocą przyrządu rzutowego projekcyjnego, odnoszących się przeważnie do patologii kości.

Następnego dnia posiedzenie rozpoczęło się wykładem Schjerninga: *O ranach postrzałowych* bronią nowoczesną. Sądzi, że w przyszłej wojnie postrzały z armat będą o wiele częstsze, w szczególności zaś groźnemi będą zranienia shrapnelami z powodu zakażenia rany porwanymi strzępami odzieży. Podobnie ciężkiemi będą zranienia zupełnie atypowe od granatów. Rany z drobnej broni palnej będą w przyszłej wojnie częściej bezpośrednio śmiertelne, gdyż prawdopodobnie bitwy odbywać się będą w mniejszej odległości, jak to np. było w ostatniej wojnie z Burami. Doświadczenie jednak z wojen i praktyki pokojowej poucza, że zranieni będą mieli lepsze widoki wyleczenia się, niż dawniej. Przy zranieniach jamy brzusznej Schjerning uważa laparatomię za wskazaną tylko wówczas, gdy ją będzie można wykonać w pierwszych 12—24 godzinach po zranieniu i gdy nie będzie trzeba chorych dalej transportować. Potem nastąpił cały szereg wykładów o tym przedmiocie; kilku zabierało głos w rozprawach, nie mówiono jednak o rzeczach, mogących obudzić szersze zainteresowanie.

Z porządku nastąpiły wykłady *o gruźlicy jąder i jej leczeniu.* Bogatą kazuistyką, gdyż obejmującą ponad 100 przypadków, rozporządza v. Bruns. Oparty na takiej podstawie przemawia on stanowczo za trzebieniem, a nigdy nawet po obustronnem trzebieniu nie widział objawów z braku jąder. Do takiego radykalnego postępowania zachęcają również doświadczenia Baumgartena, któremu przez jądro, względnie przez sznurek nasienny, udawało się zakazić gruźlicą pęcherz, cewkę moczową i gruczoł krokowy, nigdy jednak odwrotnie. Również Simon zaleca trzebienie. Büngner przypomina, aby po wytrzebieniu wyrywać sznurek nasienny. W ten sposób udaje się wydalić 4—5 ct. przewodu, a on sam nigdy po tym zabiegu nie widział przerwania otrzewnej, lub daleko sięgających podbiegnięć krwawych. W przypadkach bardzo rozszerzonej gruźlicy narządu rodnego, z zajęciem pęcherzyków nasiennych, gruczołu krokowego i t. d., radzi wstrzykiwać przez przewód nasienny jodoform z gliceryną; ci bowiem chorzy są zwykle tak wycieńczeni, że o zabiegu doszczętnym, n. p. po wypiłowaniu kości krzyżowej mowy nie ma. Bardziej radykalnym niż poprzedni mówcy okazał się König *jun.* Trzebiąc bowiem z powodu zapalenia przyjądrza gruźliczego przecina König kanał pachwinowy, podwiązuje naczynia, odsłania sobie sznurek nasienny i przecina go w częściach napewno zdrowych. Gdzie gruczoł krokowy jest zajęty, wyłuszcza go z cięcia pozasakralnego Schlangego. König *sen.* nie sądzi, żeby gruźlica jąder była zawsze sprawą pierwotną; zakażenie może się szerzyć w kierunku odwrotnym krążenia soków. Postacie lekkie można leczyć zabiegami częściowymi; postacie zaś ciężkie muszą być operowane doszczętnie. Gussenbauer operuje tylko w postaciach ostrych, wówczas jednak doszczętnie i uważa gruźlicę jąder tylko za jeden z objawów zakażenia ogólnego. Payr wspomina o przecinaniu jąder *(Sektionsschnitt)* z natychmiastowem zeszyciem osłonki. Operacya ta w jednym przypadku nie miała żadnych następstw czynnościowych. Bier i Henle wykonują obustronne wytrzebienie tylko w nieodzownej potrzebie. Zresztą zalecają kąpiele morskie. Schlange, zwracając uwagę na przypadki, w których nastąpiło dobrowolne wyleczenie, zaleca zabiegi częściowe. Stempel przytacza przypadek, w którym 10 dni po wytrzebieniu nastąpiła prosówka ogólna. Wykład Bessel-Hagena: *O plastycznem pokryciu prącia* skórą moszen lub powłok brzusznych zakończył ten dział wykładów.

Sarfert wyleczył *jamę gruźliczą w prawym szczycie płuc* przez wypiłowanie II-go żebra, odsłonięcie i wytamponowanie jamy. Chora zmarła po 6 miesiącach z powodu zapalenia płuc po drugiej stronie. Jama w prawym szczycie była zupełnie wygojoną. W końcu wspomina Sarfert, jak to trudno jest wywołać sztucznie zrost blaszek opłucnej. Heidenhain zdaje sprawę z przypadku, w którym wykonał rozległe wycięcie ścian klatki piersiowej, a po odsłonięciu płuca rozciął wszystkie rozstrzenie oskrzelowe tak, aby wydzielina nie mogła się wcale zatrzymać. Wkrótce nastąpiło zupełne wyleczenie. Goebel wspomina o podobnym przypadku, w którym szybkie przerastanie naskórka na odsłoniętą powierzchnię płuc było bardzo wydatnem. (Dok. nast.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Rudolf Abel. **W sprawie sporu o używanie przetworów przeciwgnilnych w celu konserwowania produktów spożywczych.** *(Hygienische Rundschau,* Nr. 6, 1901 r.).

Pod tym tytułem ogłosił Abel, docent higieny i fizyk miasta Hamburga, artykuł godny obszerniejszego sprawozdania, a to ze względu na praktyczne znaczenie poruszonego przedmiotu. Wobec coraz częściej pojawiających się rozpraw sądowych, spowodowanych przekroczeniem ustawy o fałszowaniu środków spożywczych, sądy wzywają nader często lekarzy do wydania orzeczenia o szkodliwości produktu, zaprawionego przetworami przeciwgnilnymi. Wielu lekarzy i u nas, jak o tem świadczą rozprawy sądowe, jest za dopuszczeniem przetworów przeciwgnilnych do konserwowania pewnych produktów spożywczych; higiena stoi jednak na stanowisku odmiennem, a stanowisko to określa dokładnie Abel we wspomnianym artykule, zwracając się szczególnie przeciw trzem, obecnie głównie w Niemczech stosowanym kwasom: borowemu, siarkawemu i salicylowemu, oraz ich solom. Higiena potępia użytek tych przetworów do wspomnianego celu z powodu, że podobnie jak wszystkie inne chemiczne środki przeciwgnilne, nie są one obojętne dla zdrowego ustroju ludzkiego, a niektóre ich produkta mogą je zawierać w ilości, która bezwarunkowo szkodzi zdrowiu. Jeżeli nawet poszczególny artykuł nie zawiera ilości szkodliwej, to przy spożyciu kilku produktów, konserwowanych tym samym sposobem, można je spożyć w takiej ilości, która bezwarunkowo jest szkodliwą. Używanie tych przetworów w przemyśle produktów spożywczych należy prócz tego potępić z ogólnych względów zdrowotnych, nietylko z powodu bezpośredniej szkodliwości dla zdrowia. Producent, oraz handlarz produktów spożywczych, świadomy konserwujących własności tych przetworów, spuści się na nie, a zastosowując je w swoim towarze, niechybnie zaniedba przyrządzać go starannie i czysto; nie używając zaś tych przetworów, musiałby się starać o wielką czystość przy ich wyrobie i przechowywaniu, by zapobiedz rozkładowi towaru, a ztąd i stracie materyalnej. Niektóre z produktów, n. p. mięso, znajdujące się już w stanie początkowego rozkładu, które zatem może już posiadać pewne zdrowiu szkodliwe własności, po dodaniu tych przetworów udaje się jeszcze zakonserwować, przyczem zachowuje ono pozór produktu prawidłowego, dzięki zastosowaniu tych przetworów. Gło-

wnie ta własność przetworów przeciwgnilnych, że po dodaniu ich produkty częściowo już zepsute nabierają pozorów produktów prawidłowych, winna sama wystarczyć, by potępić używanie ich w powyższym celu. Przy zastosowaniu jednak w orzeczeniu wobec sądów zasad powyższych napotyka lekarz trudność dwojakiego rodzaju: przedewszystkiem wiedza nasza co do szkodliwości dla zdrowia powyższych środków przeciwgnilnych nie jest jeszcze dokładną, by ściśle i sumiennie można odpowiedzieć na zapytanie w tym kierunku. Z zestawienia wyników badań i spostrzeżeń widać, że mimo poszczególnych przypadków, któreby zdawały się przemawiać za ujemnemi własnościami tych przetworów przeciwgnilnych, nie jest nam wiadomo, w jakiej ilości wspomniane przetwory działają już szkodliwie na ustrój ludzki. Poddając krytyce dotychczasowe sposoby badania wpływu tych przetworów, oraz zastósowanie wniosków z tych badań do oceny szkodliwości powyższych związków chemicznych, jako środków konserwujących, twierdzi A., że sprawę szkodliwości rozstrzygnąć mogą jedynie liczne doświadczenia, robione na ludziach zdrowych, spożywających produkty, które zostały konserwowane dokładnie znaną ilością przetworów przeciwgnilnych. Dopóki nie będzie wyników tego rodzaju badań, sprawy szkodliwości kwasu salicylowego, borowego, siarkawego oraz ich soli, nie będzie można ściśle rozstrzygnąć.

Trudność innego rodzaju napotka rzeczoznawca sądowy w tem jak ocenić produkt konserwowany? uważaćby go można jedynie za fałszowany, gdyż dodatkiem przetworu konserwującego nadano mu pozór produktu lepszego, albo też zatajono tym sposobem zepsucie, jakiemu poprzednio produkt uległ. Trudno jednak stósować ten rodzaj oceny do wszystkich produktów, konserwowanych sposobem chemicznym zapomocą przetworów przeciwgnilnych, a w szczególności do produktów niezepsutych: winny nie przyzna się nigdy do tego, że używał do wyrobu materyału zepsutego, a dowieść mu tego zazwyczaj nie można i sąd wobec tego uwolni go od winy. Z wyjątkiem zatem tych rzadkich przypadków, w których udowodnić można producentowi, że konserwował produkty, wyrobione z materyału zepsutego, ocena produktu konserwowanego, jako fałszowanego, wobec sądu nie będzie rozstrzygającą przy wydaniu wyroku zasądzającego. Mimo to bronić się należy z powyżej przytoczonych powodów przeciw konserwowaniu produktów spożywczych przetworami przeciwgnilnymi: nie stanowi jednak środka obrony przymus deklarowania produktu konserwowanego wobec kupującego. Nawet publiczność inteligentna wobec braku zakazu sprzedawania produktów, konserwowanych przetworami przeciwgnilnymi, nie ocenia należycie obniżania tym sposobem ich wartości, tem mniej ludzie nieoświeceni. Za jedynie właściwe rozwiązanie sprawy konserwowania produktów przetworami przeciwgnilnymi uważa A. wydanie odpowiedniej ustawy, względnie rozporządzeń, obowiązujących w całem państwie. Jeżeli stósowanie przetworów przeciwgnilnych potępić należy przy konserwowaniu najbardziej rozpowszechnionych produktów spożywczych, to możnaby zgodzić się na nie w konserwach mało używanych, a podlegających zepsuciu przy innych sposobach konserwowania (gotowanie), n. p. do konserw soków owocowych i t. d. w każdym razie tylko zapomocą takich środków, które wypróbowano co do ich obojętnego wpływu na zdrowie i w znanej ilości. Nowe przetwory przeciwgnilne winny być badane co do swych własności, zanim zostaną dopuszczone do użytku jako przetwory konserwujące.

(W Austryi wkrótce będą ogłoszone dwa rozporządzenia: jedno zabraniające konserwowania wszystkich produktów spożywczych zapomocą kwasu salicylowego, borowego, krzemowego, będźwinowego i siarkawego, formaldehydu, oraz ich soli i przetworów; drugie, wzbraniające dowozu produktów, konserwowanych tymi środkami. Jedynie do konserwowania moszczu i wina dozwolono używać kwasu siarkawego w ilości nie przekraczającej 8 mgr. SO_2 na hl. *Przyp. referenta).* *Bier.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 maja.

— Wobec zawiązania się Towarzystwa higienicznego we Lwowie i tworzenia się takiegoż w Krakowie, warto wspomnieć choć w kilku słowach o działalności warszawskiego Towarzystwa higienicznego, którego sprawozdanie za rok ubiegły dołączone zostało do kwietniowego zeszytu warszawskiego „Zdrowia". — Niejeden bowiem godny naśladowania szczegół dałby się może i w galicyjskich Towarzystwach przeprowadzić. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że na przedstawienie rozmaitych wydziałów Towarzystwa udzielono zapomogi na budowę łaźni ludowych na prowincyi, szerzono broszury i rozsyłano pouczenia o łaźniach ludowych z planami i kosztorysami, a to za pośrednictwem fabryk i Towarzystw rolniczych. Podjęło dalej u władz starania w sprawie opieki nad umysłowo chorymi. Wydano kwestyonaryusz w sprawie mieszkań letnich, zdrojowisk i uzdrowisk, który z wiosną r. b. został rozesłany. Wydrukowano 60.000 egzemplarzy „Rad dla matek" Dra Kramsztyka i rozdawano je za pośrednictwem szpitali (chorym stałym i przychodnim). Wysłano 4 osoby do Szwecyi na naukę slöjdu i dla zapoznania się z prowadzeniem gier i zabaw dziecięcych. (Nasuwa się tu zapytanie, czy i do parku Jordana, uznanego za jedną z najlepszych instytucyi na kontynencie, zajrzeli stypendyści Towarzystwa, a jeżeli nie, to czemu się tak stało? Wartoby także stwierdzić, co się stało z kursami slöjdu, urządzanymi dawniej w Krakowie). Urządzono z ogromnem powodzeniem szereg odczytów z higieny wychowawczej, gromadząc tym sposobem prawie 1.000 rubli na cele szerzenia higieny; sprawa odczytów higienicznych na prowincyi jest w toku. Dwie ważne sprawy, t. j. fundacya Lenvala i ogródki dziecięce Raua nie mogły wejść w życie, gdyż nie uzyskały jeszcze zatwierdzenia władz. — Zasługuje też na uwagę działalność wydziałów we własnym ich zakresie; co do tego odsyłamy ciekawych do samego sprawozdania. Członków liczyło Towarzystwo z końcem roku 1900 razem 686, z tego 429 z Warszawy, reszta z prowincyi. Organem Towarzystwa było „Zdrowie", redagowane przez Dra W. Janowskiego. Pismo to wydało w ciągu 6 miesięcy 396 stronic tekstu redakcyjnego w 6 zeszytach. (Prenumerata roczna wynosi 6 złr. jest więc stosunkowo bardzo niską). Prac oryginalnych wydrukowano w tym czasie 13; streszczenia prac zagranicznych układane są według stałego planu przez stałe grono uproszonych sprawozdawców. — Bardzo ciekawy jest dział rachunkowy, z którego wynika, że Towarzystwo rozporządza dochodem rocznym około 6·500 rubli (z tego około 5.500 rubli przynoszą wkładki członków). Na fundusz sanatoryum dla suchotników zebrało Towarzystwo po koniec roku zeszłego bezmała 70.000 rubli z ofiar prywatnych. Rzecz godna uznania. U nas inaczej!

* Za najlepszą pracę z zakresu dermatologii i syfilidologii na konkursie Towarzystwa dermatologicznego w Paryżu (*prix Zambaco Pacha*) otrzymał Dr. F r a n c i s z e k K r z y s z t a ł o w i c z z Krakowa nagrodę 800 fr. Praca nagrodzona, która obecnie drukuje się w »Rocznikach krak. Akademii Umiejętności«, została wykonaną w pracowni histologiczno-bakteryologicznej prof. L. N o w a k a. Tytuł jej: »Cechy histologiczne zmian kiłowych w porównaniu ze zmianami klinicznie do nich podobnemi«.

— Zeszyt 5 »Nowin lekarskich«, który wyszedł z druku z wzorową punktualnością, zawiera 101 streszczeń prac lekarskich, nie licząc obfitych wiadomości drobniejszych i zapisków leczniczych. Rozpatrzenie się w treści jest bardzo łatwe dzięki starannym i wyczerpującym opisom rzeczy, obejmującym także przedmioty wiadomości drobniejszych. W tym zeszycie widocznem jest staranie, aby czytelnikowi dać obraz ruchu naukowego u nas; znajdujemy bowiem sprawozdania z towarzystw lekarskich: poznańskiego warszawskiego, krakowskiego i łódzkiego.

— Kwietniowy (4) poszyt warszawskiego »Zdrowia« poświęcony jest przeważnie sprawie zaopatrywania miast w wodę i kanalizacyi. Oprócz 3 prac oryginalnych, odnoszących się do tej sprawy, zawiera ten poszyt cały szereg streszczeń nowszych prac w tym kierunku, który zajmuje też dużo miejsca w »Wiadomościach drobniejszych«. Z tego widać, że »Zdrowie« jest redagowane według systematycznego planu.

* Liczba członków III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich w d. 11 maja wynosiła 750; odczytów do tej daty zgłoszono 321. Zarządy kolei żelaznych trzymają się odpornie i odmawiają wszelkich zniżek: Komitet gospodarczy odwołał się do decyzyi ministerstwa kolei żelaznych.

* Towarzystwo lekarskie wiedeńskie rozpisało konkurs im. M a u r y c e g o G o l d b e r g e r a na 2000 kor. za najlepszą pracę na temat: »Tło zakaźne nowotworów złośliwych«. Do współubiegania się powołani są lekarze Austro-Węgier i całej rzeszy niemieckiej. Rozprawę, napisaną w języku niemieckim, należy przesłać do prezydyum Tow. lekar. w Wiedniu przed 15 maja 1903 roku, z zachowaniem zwykłych przepisów. Temat konkursowy może być opracowany tak ze stanowiska klinicznego, jak bakteryologicznego i anatomicznego.

* Izba lekarska wyższo-austryacka uchwaliła nie brać udziału w uroczystym obchodzie 80 rocznicy urodzin V i r c h o w a.

— Sposób żywienia się wywiera jak wiadomo wpływ na wydzielanie mleka u karmiących. Według nowszych badań najmniej mleka wydziela się przy pokarmie przeważnie roślinnym, najwięcej przy obfitem pożywieniu mięszanem, najtłustszy zaś pokarm przy zwykłem żywieniu z dodatkiem ³/₄ L. piwa dziennie. Żywienie roślinne jest najgorsze pod każdym względem: dzieci matek, w ten sposób się żywiacych, najwięcej ulegały chorobom i najwolniej rosły (Zdrowie 4).

* Błąd druku: W artykule prof. Bujwida N. 19, str. 256 w szpalcie 2-giej, w wierszu 1 szym z góry liczba 50 ma być 30.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Weeks mianowany został prof. okulistyki w New-Jorku. Habilitowali się w Pradze na Wydziale czeskim Dr. Syllaba (medycyna wewn.), Dr Růžička (higiena) i Chalupecký (okulistyka).

Nekrologia. Zmarli: prof. Panzeri w Medyolanie. Prof. chirurgii Dr. Jan Iterson zmarł w Leyden. Dr. William Hay lat 48, zmarł w Warszawie.

Bibliografia.

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 5: Koliński: Przypadek wrzodu toczącego rogówki z opisem wyniku badań bakteryologicznych. Goldenberg: Zanik mięśni postępujący neurotyczny z obostrzeniami wiosennemi. Dobrzycki: Obecnie używane spluwaczki kieszonkowe dla kaszlących i ich znaczenie pod względem profilaktycznym w gruźlicy.

— *Przegląd Dentystyczny* N. 4: Judt: Złamanie zęba samoistne.

— *Postęp Okulistyczny* N. 4: Noiszewski: Przypadek tętniaka tętnicy szyjowej wewnętrznej w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. Strzeminski: Przypadek cierpienia ocznego wskutek bezwładu opuszkowego astenicznego. Sędziak: O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych (dok.).

— *Medycyna* N. 19: Ziarko: Przyczynek do nauki o leukocytozie trawiennej. Puławski: Działalność lecznicza Nałęczowa za rok ubiegły (1900).

— *Gazeta Lekarska* N. 19: Krokiewicz: Przyczynek do nauki o tętniaku aorty. Grünbaum: Dalsze trzy przypadki ropnia podprzeponowego. Nencki i Lieberowa: Przyczynek do nauki o soku żołądkowym i składzie chem. enzym. (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* N. 19: Mladějowský: O nové methodě odtučňovaci. Zahradnický: Spinální analgesie cukainem β.

— *La Presse médicale* N. 36: Legrain: Kongres międzynarodowy przeciw alkoholizmowi. Romme: Sanatorya ludowe i projekt p. Guieysse.

— N. 37: Luc: Zapalenie okostnej kości skroniowej, wychodzące z ucha, bez jednoczesnego ropnego wyrostka sutkowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* N. 19: Pichler: O symptomatologii gośćca (gośćcowe zapalenie ścięgien mięśni ocznych). Hö-niger: Przyczynek do rozpoznawania guzów w płacie czołowym mózgu. Simmonds: O zapaleniu gruźliczem opon mózgowych w przebiegu gruźlicy męzkiego narządu płciowego. Leusser: O skuteczności kissingeńskich zawierających kwas węglowy kąpieli solankowych w chorobach serca. Stifler: O kąpielach leczniczych w chorobach serca. Bayerl: O zranieniach postrzałowych pęcherza moczowego. Görl: Przyczynek do leczenia światłem, mianowicie promieniami ultrafioletowymi. Schwarz: Zewnątrz czaszkowe zmiany w oczach na tle kiły (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 19. Schmidt: O rozpoznawaniu klinicznem zawałów nerkowych i następowych przypadłości kolki nerkowej. Harmer: O działaniu wyciągów nadnercza na błonę śluzową nosa i krtani. Ludwig: Pęknięcie sklepienia pochwowego podczas porodu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* N. 19: Hirschberg: Sala operacyjna, zaopatrzona w przyrząd magnetyczny. Meffert: Przyczynek do leczenia hidryatycznego w domu gruźlicy początkującej. Romberg: Rozpoznawanie gruźlicy zapomocą surowicy (dok.). Brat: Zatrucia zawodowe i ich leczenie wdychiwaniami tlenu. Rásкai: Patologia i terapia bliznowatego skurczenia pęcherza.

— *Berliner klin. Wochenschrift* N. 19 Lucae: Otyatrya w wieku XIX. Beck: Obraz kamieni żółciowych, uzyskany przy pomocy röntgenowskiego prześwietlania, oraz kilka uwag o dziedzicznej skłonności do wytwarzania się kamieni żółciowych. Pinkuss: Patologia i terapia opadnięcia żeńskiej cewki moczowej. Sclavo: Nowe badania doświadczalne o wartości leczniczej surowicy wąglikowej (dok.). Reckzech: Przyspieszone oddechanie (*Tachypnoe*) na tle nerwowem (dok).

Redakcya otrzymała: Küstner: Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie. Arnstein: Ciechocinek, jego czynniki lecznicze i urządzenia. Truneček: Traitements de l'artériosclérose par les injections souscutanées de sérum inorganique.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Wydział Rady powiatowej w **Wadowicach** rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** z siedzibą w **Andrychowie** z płacą roczną 1000 kor. i ryczałtem na objazdy w kwocie 600 koron.

Ubiegający się o powyższą posadę oprócz fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Andrychowie należą następujące gminy i obszary dworskie: Andrychów, Inwałd, Frydrychowice, Głębowice, Nidek, Wieprz, Roczyny Brzezinka ad Andrychów, Targanica, Sulkowice, Rzyki, Zagórnik i Kaczyna.

Prawa i obowiązki lekarza obręgowego określa dokładnie ustawa z 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 15-go czerwca 1901.

Wadowice, dnia 29 kwietnia 1901.

Za Prezesa: *Dr. Iwański.*

Rząd krajowy Bośni i Hercegowiny rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych i prymaryusza oddziału ginekologiczno-położniczego w szpitalu krajowym w Sarajewie.**

Posady te systemizowane są z VII klasą rangi urzędników w krajowej bośniacko-hercegowińskiej służbie i połączone z poborami 4800 koron i dodatkiem 1400 koron, ewent. z mieszkaniem w szpitalu.

Ubiegający się o powyższe posady winni do 1 lipca b. r. wnieść podania do Rządu krajowego dla Bośni i Hercegowiny w Sarajewie z dołączeniem metryki urodzenia, stanu, dyplomu doktorskiego, świadectwa odbytych specyalnych studyów.

Ubiegający winni się wykazać znajomością jednego z języków słowiańskich i muszą się zobowiązać, że w ciągu roku nauczą się języka bośniackiego.

Kompetenci o prymariat oddziału dla chorób wewnętrznych muszą się wykazać nadto znajomością laryngologii, rhinologii i otiatryi.

Posada powyższa nadaną zostanie na razie prowizorycznie, po roku będzie stabilizowaną z wszystkimi prawami, przepisanemi dla urzędników Rządu krajowego.

Podania należy wnosić w drodze służbowej lub za pośrednictwem władz.

Podanie należy opatrzyć **stemplem bośniackim** za 80 heler., a każdy załącznik stemplem bośniackim za 20 hel., ewentualnie należytość odpowiednią dołączyć w gotówce.

Z krajowego Rządu Bośni i Hercegowiny.

Sarajewo, 29 kwietnia 1901.

Konkurs na posadę **asystenta** przy katedrze patologii ogólnej i dośw. z płacą roczną 1400 koron — Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego w Krakowie do 30 czerwca 1901